

Irrenfreund





Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.



Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

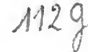
Herausgeber:

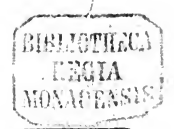
Dr. Friedrich Betz in Heilbronn a/N.

Neunter Jahrgang 1867.

Heilbronn.

Druck und Expedition der Schell'schen Buchdruckerei.




BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS
Bayerische
Staatsbibliothek
München

Inhalt.

I. Original-Abhandlungen.

Seite

Die Schriften der Geisteskranken 1
Ist N. Hampel und seine Tochter geisteskrank . . . 17, 44
Motivirtes Gutachten über den psychischen Zustand der Wittwe B. aus E. 33, 49
Ueber Hallucinationen und Illusionen 65, 81, 97, 113
Sympathische Geistesstörung 75
Zerstreuungen bei Irren 120
Einige Erfahrungen und Bemerkungen über das zwangslose Verfahren und Irrenkolonien 129
Gutachten über den Seelenzustand des Untersuchungs-Gefangenen X. 145
Geschichte einer Besessenen 161, 177

II. Kleinere Mittheilungen und Excerpte.

Heirathen unter Blutsverwandten 13
Hülfs-Verein für genesende Gemüthskranke im Kanton St. Gallen . 15
Die Bromide in der Behandlung der Neurosen und des Irreseins . 24
Ein Fall von Erotomanie 30
Zwölf Fälle von Idiotismus 52
Geistesstörung nach Kopfverletzung und Sonnenstich . . . 54
Statistische Mittheilungen über Idioten 59
Amenorrhoë und Irresein 62
Die westfälische Provinzial-Irrenanstalt Marsberg im Jahre 1866 . 63
Ein Brandstifter 78
Ein Fall akuter Tobsucht nach Gemüthsbewegung . . . 80

Seite
Gesetzliche Verfügungen, betr. Aufnahme von Geisteskranken in Anstalten 87
Menstruation und Irresein 95
Chronische Periencephalitis 96
Unglückliche Gewaltthaten Geisteskranker 111
Fälle sog. Pyromanie 118
Ueber Selbstmord von Geisteskranken in der Heilanstalt Sachsenberg 124
Ueber hereditäre Seelenstörung 126
Familiäre Disposition zum Selbstmord 126
Todesfälle bei den Irren 134
Ueber Melancholie, nach Sankey 149
Zur Diagnose des paralytischen Irreseins 158
Vorlesung über Delirium tremens 174
Ein Wort über Hypochondrie 183
Fälle von Hypochondrie 185
Das hypochondrische Delirium als Symptom und Vorläufer der allg. Paralyse 191

III. Literatur und Referate.

Hephata, 7. Bericht 91
Irrenanstalt Göppingen, 1. Bericht 104
Illenauer Wochenblatt 128
Verbrechen und Wahnsinn, ein Beitrag etc. von Prof. Dr. Solbrig 128
Beiträge z. Erkennung etc. krankhafter Gemüthszustände etc. v. Dr. v. Krafft 141
Vierteljahrsschrift für Psychiatrie etc. von Leidesdorf . . 160

Nr. 1. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. Friedrich Betz in Heilbronn a/N.

Inhalt. Die Schriften der Geisteskranken. Heirathen unter Blutsverwandten. Der Hilfsverein für genesende Gemüthskranke im Kanton St. Gallen.

Die Schriften der Geisteskranken

haben in sehr vielen Fällen einen ganz unleugbaren grossen diagnostischen Werth, denn einmal ist das Schreiben ein Mittel zur Entäusserung unseres psychischen Lebens, und das Geschriebene ist der unmittelbare Abdruck unserer Ideen, Gefühle und Strebungen, so wie des Ganges, der Ordnung, des Quantums unserer Gedanken, und dann sind die Schriftzüge der Ausdruck der Motilität unserer Arme, Hände und Finger, die durch augenblickliche, temporäre, psychische oder dauernde, organische Hirnzustände bei Irren gestört sein kann.

Die semiologische Bedeutung der Schriften ist grösser bei Gebildeten, die überhaupt verstehen, resp. verstanden, ihre Gedanken in äussere gute Formen zu bringen. Hier können schon kleine Abweichungen diagnostisch wichtig sein, während die unbeholfene Ausdrucksweise und die rohe Handschrift eines Ungebildeten Abweichungen von der individuellen Norm schwerer erkennen lassen. Natürlich gewinnen wir grössere Aufklärung, wenn uns die physiologische Schrift eines Irren bekannt, also der Vergleich schriftlicher Dokumente aus seinen gesunden Tagen mit solchen aus kranken Tagen möglich ist.

Nicht alle Irren schreiben. Hier ist auch das negative Moment von Bedeutung. Es erklärt sich aus dem besonderen geistigen Zustande des

Betreffenden, ist eine Theilerscheinung desselben, bezeichnet gewisse vorherrschende Ideen, z. B. die Furcht, durch Schreiben sich zu kompromittiren, zu verrathen, gewisse Abneigungen, den Stand des Willens, ein besonderes Stadium der Krankheit. Wenn ein Schwermüthiger, ein Tobsüchtiger, ohne Interesse für seine natürlichen Beziehungen, für Heimath und Familie oder erfüllt von Groll und Vorurtheil gegen die Seinigen, nach langer Schweigsamkeit diesen gegenüber die Lust, an sie zu schreiben, bekundet und die Feder zur Hand nimmt, so ist dieses ein Zeichen erfreulicher Besserung; wir dürfen annehmen, dass das krankhafte Motiv der bisherigen Unlust zum Schreiben erloschen, dass der Geist klarer, das Gemüth ruhiger geworden, dass natürliche Neigungen und Gefühle zurückkehren und der Wille sich kräftigt. Wir schliessen, dass die Krankheit das Stadium ihrer Höhe überschritten hat, dass die Rekonvalescenz zu erwarten ist. Es gibt aber auch Ausnahmen von dieser Regel. Der Entschluss zu schreiben entspringt auch andern Motiven. Das Geschriebene selbst klärt uns darüber auf. Mitunter, in Fällen periodischen Irreseins, kündigt der Eintritt der Schreiblust das Aufhören der ruhigen Periode und ihren Umschlag in die Exaltation an.

Die Irren nun, welche schreiben, vervollständigen entweder, und so ist es meistens, durch das Geschriebene den Beweis ihrer geistigen Störung, den wir aus ihren Reden, ihren Handlungen und ihrem Verhalten entnehmen, ihre Schriften entsprechen also ihren sonstigen Aeusserungen — oder diese stehen mit den übrigen Symptomen in Widerspruch, sie entsprechen nicht den Reden und dem Verhalten des Kranken.

Der Seelenschmerz des Schwermüthigen, den wir in seinem Gesichte lesen, aus seinen Reden vernehmen, der sich in seiner Haltung, in seinen Bewegungen ausspricht, — entäussert sich auch in seinen Schriften, wenn er überhaupt noch schreibt. Manchen Melancholikern dient es zur Beruhigung, ihre Klagen, ihre Verzweiflung dem Papiere anzuvertrauen, während andere, still und stumm, auch nicht schreiben, sei's aus irgend einer Furcht und Angst, sei's aus Willenlosigkeit oder sonst einem Motive. Andere verrathen durch die Feder, auch wenn sie schreiben, ihren schmerzlichen Affekt und ihre trüben, finsteren Ideen gar nicht. Sie wissen ihre Geschäftsbriefe in gewohnter Weise abzufassen; um den Ihrigen keinen Kummer, keine Besorgniss zu verursachen, verschweigen sie in ihren Briefen ihren eigenen Kummer und ihre Befürchtungen, mit denen sie sich schon lange herumtrugen.

So entnehmen wir auch bei den andern Formen des Irreseins aus den Schriftstücken weitere Beweise für das Bestehen dieser oder jener Form, oder jene geben uns keinen Beweis, sie bekunden die Krankheit nicht, lassen sie nicht mal ahnen. Nur der Tobsüchtige auf der Höhe seiner Krankheit kann nicht anders, wenn er überhaupt zum Schreiben kommt, als sich auch durch dieses verrathen. Aber ihm fehlt, wenn die Krankheit im Steigen und auf der Höhe ist, zumal in den Paroxysmen, die nöthige Ruhe zum Schreiben. Es kommt höchstens zu schriftlichen Fragmenten, die dann aber hinlänglich die Verwirrung des Vorstellens bekunden. Ein längeres und einigermassen geordnetes Schriftstück bezeichnet entweder eine erhebliche temporäre Remission oder schon das Stadium der Abnahme der Krankheit. Aber auch in diesem Stadium, wenn der Kranke schon nicht mehr lärmt, tobt, zerstört, wenn er schon ruhig wird und sich nützlich beschäftigt, selbst wenn er schon die Einsicht seines Krankseins und seiner Verkehrtheiten ausgesprochen hat, und auch, wenn er schon geordnete und vernünftige Reden führt — ist er dennoch nicht immer im Stande, auch ordentlich zu schreiben. Es ist, als beginne wieder mit dem ersten Federstriche die Verwirrung, die aus seinen Reden schon verschwunden ist. So kann man mitunter die Anregung zum Schreiben als Mittel benutzen, sich über den Stand der Krankheit zu vergewissern Man freut sich, wenn endlich ein Tobsüchtiger sagt „ich möchte mal nach Hause schreiben", man lässt ihn schreiben, kann nun aber den Brief nicht absenden, weil er all' unsere guten Berichte über den Kranken Lügen strafen würde. Aus dem Briefe würde man auf keine Besserung schliessen, die in der That schon besteht. So schrieb eine Tobsüchtige nach dem 8. Monate ihrer Krankheit, nachdem sie schon deutlich das Bewusstsein „ihrer Verkehrtheit im Kopfe" ausgesprochen, schon wochenlang nützlich sich beschäftigt, mehrmals in natürlicher Weise das Verlangen nach den Ihrigen geäussert hatte, eine Kranke, die sich ruhig verhielt und verständig, wenn auch mitunter noch hastig und lebhaft sprach — folgenden Brief an ihren Mann, theils mit lateinischen, theils deutschen Buchstaben:

Bendorf, den 10. November

Mein lieber Leopold!

Es regnet heute sehr stark.
Thr. Sg Darum bitte die arme Marie *)
4 Um *den* von sauer ersparten
Thaler *Silberschen*, den braunen Endouquas
dito veilchenblau Regenschirm
a, Endouqua 2 Thlr 25 Sgr . . . .

Vivat Leopold

Ich danke vielmal für den Kuchen
Mit dem grösten Apetit verzehrt
Sachsische Weibertreue is riecht
bereits nach Kafee.

Lieber Vater, da Sie nun bei Ihrer theuren *Gattin* nicht aufwalten dürfen So beobachten Sie denn dass Hausrecht und feiern heute
den 24ten Julie Vivat die Christine
soll leben die Sophie
daneben Leopoldchen
dabei
dann Glückauf so lebt recht
lustig Alle drei
Eine arme Mutter ohne Kinder
„A„ Revoir! !
ma chère Leopold
? ? ?
Mit der Gesundheit geht es toujours besser.

Nun folgten geordnete Sätze, in denen die Kranke den Brief ihres Mannes beantwortet und natürliche Wünsche ausspricht. Dann wieder Abirrungen der Gedanken, Konfusion im Schreiben.

Nicht selten geben uns die Schriftstücke des Kranken allein, ohne dass wir noch anderer Aeusserungen bedürfen, bevor wir jenen gesehen und gesprochen haben, den Beweis seiner geistigen Störung; aus Brie-

---

*) so hiess die Kranke selbst.

fen, Tagebüchern, einzelnen Notizen, Abhandlungen erkennen wir nicht selten sogar die spezielle Form des Irreseins, so namentlich die Paralyse, die Melancholie, den Verfolgungswahn, Hallucinationen.

Vor mehreren Jahren fragte ein Pat. selbst bei mir an, ob er in meinem Hause aufgenommen werden könne. Die zackigen Schriftzüge verriethen Zittern und Unsicherheit der Hand; eine durchstrichene, aber noch leserliche Stelle bewies, dass Schreiber einmal den Zusammenhang der Gedanken verloren hatte; eine Bemerkung zeigte, dass er mich mit seinen mir ganz unbekannten Verhältnissen bekannt glaubte; auf dem Kouvert war der Name meines Wohnorts verkehrt geschrieben, so dass der Brief erst nach andern Poststationen gelangte. Aus diesen Umständen konnte man leicht auf paralytisches Irresein schliessen, das auch bei der Aufnahme des Patienten sogleich erkannt wurde

Also das von Geisteskranken Geschriebene gibt uns oder vervollständigt den Beweis ihrer Störung, es entspricht den übrigen Symptomen des Irreseins. Steht es aber in Widerspruch mit diesen so ist der Fall ein *doppelter*. Es gibt Irre, selbst unheilbare, die sich und ihre Störung durch ihre schriftlichen Aeusserungen nicht verrathen, die klar, im Zusammenhang, korrekt, in natürlicher Weise und Form schreiben, so dass der Leser ihre Störung nicht vermuthet, die aber durch ihre Reden und ihr Verhalten bewiesen wird. Kranke mit eingewurzelten Wahnideen, Hallucinationen, mit sonderbaren, unnatürlichen Neigungen und Abneigungen, mit einem Auftreten und Benehmen, mit Gesten und Bewegungen, die selbst, ohne dass man den Betreffenden reden hört, ihn sogleich als geisteskrank erscheinen lassen, selbst solche Kranke können tadellose Briefe schreiben, die nicht den geringsten Verdacht geistiger Störung erwecken. Es scheint, als seien sie während des Schreibens frei von jeglicher Trübung der Intelligenz.

„Ich habe, sagt *Marcé* (Journ. de Méd. mentale, 1864, Febr. März), einen Monomanen behandelt, der erfüllt war von falschen Ideen, von unvernünftigen Gefühlen, indem er ohne Grund gegen diese oder jene Person seiner Familie eine Abneigung fasste, indem er kaum seine Wäsche wechselte, aus Furcht, sich zu ruiniren — und dessen Briefe dennoch tadellos waren, selbst in den schlimmsten Momenten, und nicht den geringsten Verdacht eines krankhaften Zustandes erregen konnten."

Moreau (Annal. méd. psycholog., 1854, p. 95) kannte einen jungen Mann, dessen Reden eine der maniakalischen Erregung eigenthümliche

Uebertreibung und Zusammenhangslosigkeit zeigten, der aber Briefe schrieb voller Verstand, in denen die Ideen sich ohne allen Vorwurf associirten.

Brierre de Boismont hat einen Literaten behandelt, welcher die im höchsten Grade klar ausgesprochenen Symptomen der allgemeinen Paralyse darbot, ambitiöse Monomanie. Verwirrung der Rede, Zittern der Glieder etc. Demungeachtet konnte er bis zum letzten Augenblicke vernünftige Briefe schreiben, mit deutlichen Buchstaben, obgleich ihm oft die Kraft fehlte, Gegenstände festzuhalten.

Familien, wenn sie von ihren im Asyle befindlichen Angehörigen „schöne Briefe" erhalten, glaubten wohl an ihre Heilung. Die Mittheilungen des Arztes stehen mit diesen Briefen in Widerspruch; man kommt zum Besuche des Kranken und überzeugt sich von seiner Täuschung.

Es kam ein junges Mädchen hierher, das schon seit mehren Jahren geisteskrank war. Ich musste sie als unheilbar bezeichnen; sie erschien als Verrückte, kleidete sich sonderbar, schmückte im Garten ihr Haar mit bunten Blumen, tanzte auf dem Rasen etc. Sie schrieb bei einer Gelegenheit einen Brief an ihre Angehörigen ohne alle Verwirrung, erkundigte sich mit Theilnahme nach den Ihrigen, schrieb nichts Unsinniges, so dass der Brief keine Störung verrieth. Man hielt sie für gesund, man kam herüber, um sie abzuholen. Die Koffer waren gepackt. Aus der Anstalt tretend fing sie draussen mit ihren Begleitern einen Skandal an, der diese auf sehr unangenehme Weise belehrte, dass ich sie mit Recht vor der Zurücknahme aus dem Asyle gewarnt hatte.

Ein völlig vernünftiges Schriftstück beweist also nicht die Nicht-Existenz des Irreseins, wie wohl manche Laien glauben mögen.

Diesen Schreibern gegenüber stehen diejenigen — das ist der andere Fall — welche durch ihre Reden und Handlungen nicht oder weniger, wohl aber durch ihre Schriften zeigen, dass sie irre sind. Wie viele Geisteskranke wissen sich, wenigstens eine Zeit lang, oder zu Zeiten, so in ihren Reden und Bewegungen zusammen zu nehmen, dass Jeder, der sich mit Ihnen unterhält und verkehrt, fragt „was fehlt diesem Manne, ist er denn wirklich geisteskrank? man sollte meinen, ihm fehle Nichts".

In allen Fällen, wo die geistige Störung irgend einen Zweifel erregt, oder aus den Reden und dem Verhalten des Betr. eine genaue Anschauung von der Art und dem Umfange der Störung nicht zu erlangen ist,

muss auch nach den Skripturen des Betr. geforscht werden. Wir gewinnen dann nicht selten eine klare Idee von seinem geistigen Zustande. Unbewacht und unbeobachtet, ohne Arg und Misstrauen, sich von jeder Kontrole frei glaubend, unter dem Einflusse der Einsamkeit, vertraute er dem Papiere seine Gedanken. In der mündlichen Unterhaltung wortkarg, schweigsam, sich beherrschend, alle Aeusserungen vermeidend, die, wie er vielleicht aus Erfahrung weiss, Kritik und Widerspruch hervorrufen können, überlässt er sich schreibend einer ungezügelten Mittheilsamheit und verräth sich.

Unter den sog. Monomanen — meistens sind es an Beinträchtigungs-, an Verfolgungswahn leidende, in ihrem Rechte und ihren Ansprüchen sich zurück gesetzt glaubende, dabei eitle, dünkelhafte, sich überschätzende Kranke — gibt es manche, die durch ihre Reden kaum oder eine Zeit lang sich gar nicht verrathend, sehr gern und sehr viel schreiben; manche sind zu Zeiten wahrhaft schreibsüchtig. Sie schreiben sehr oft ohne Verwirrung, korrekt, gewandt, in bestechender Form. in gewinnender Weise; einer formellen Störung des Denkens begegnen wir in ihren Schriften nicht, aber diese geben uns doch sehr oft den deutlichen Beweis ihres Wahnsinns; in anderen Fällen ist er versteckt; die Angaben wegen Verletzung des Rechtes und Beeinträchtigung des Interesses sind durch klare Darlegung von Thatsachen motivirt, die an sich möglich sind, die oft im Leben vorkommen, und die detaillirte Schilderung spricht gegen die Wahrscheinlichkeit des Irrthums. Der Egoismus, der Hochmuth, die gereizte, bittere Stimmung des Schreibers hüllen sich manchmal in das Gewand der Humanität, der Menschenliebe, der Demuth und Bescheidenheit. Hier findet man natürlich den Wahn aus dem Geschriebenen nur heraus, wenn man die Lebens- und Krankheitsgeschichte des Betr. genauer kennt So gibt es Monomanen, also partiell gestörte Kranke, die als sie im Asyle aufgenommen wurden, über die Existenz ihres Wahnes gar keinen Zweifel liessen; periodische Aufregung, Extravaganz, offenbare Thorheiten, Konflikte mit der menschlichen Gesellschaft in Folge des Wahnes veranlassten grade ihre Internirung. Im Asyle werden sie allmälig ruhiger, besonnener, sie betragen sich ordentlich, sie können sogar eingestehen, dass sie krank waren, sie bezeichnen sogar diese oder jene spezielle Idee und Handlung als offenbaren Irrthum, der ihre Internirung rechtfertige, während sie noch bestehende Ansichten, Verhaltungsweisen. Abneigungen etc. ohne Verwirrung moti

viren. Der Arzt muss sich sagen, dass der Betr. sich gebessert hat, dass seine Störung sehr zusammengeschrumpft ist, er kann in Zweifel sein ob er geheilt sei oder nicht. Da sind die Schriften des Patienten für ihn wichtig. Diese beweisen ihm oft die Fort-Existenz des Irreseins, sei's durch ihre Form, sei's durch ihren Inhalt, namentlich wenn er damit die Antecedentien des Kranken vergleicht. Viele Kranke dieser Art liefern uns grosse Massen von Schriftstücken; sie werden nicht müde Abhandlungen zu schreiben, die sie Buchhändlern anbieten, sie treten als Lehrer, Mahner, Verbesserer auf; oder sie petitioniren fortwährend, denunciiren, injuriiren, verklagen; sie wenden sich an Behörden, Souveräne, Versammlungen, Parlamente; der weiland „hochlöbliche" Bundestag in Frankfurt wurde vielleicht von Irren mehr interpellirt, als von Geistesgesunden. Schon die Form der Adressen, der Couverts verräth nicht selten die Geistesstörung; die Zuschriften zeigen, dass der Schreiber seine Stellung gegenüber dem Adressaten oder dass er allgemein bekannte Rücksichten vergisst; oder er zeigt, dass er nicht mal das Forum kennt, vor welches seine Angelegenheit gehört, dass er dieser oder seiner Person eine Wichtigkeit beilegt, die gar nicht besteht; er meint, Jeder müsse sich dafür interessiren etc. Manche lassen sich durch Nicht-Beantwortung oder Zurücksendung ihrer Skripturen nicht abhalten, immer von Neuem zu schreiben, theils erbittert, theils ganz gleichgültig ob ihrer Zurücksetzung; manchen ist es nur darum zu thun, ihre Ideen, Wünsche, Anträge, Beschwerden schriftlich zu deponiren; sie bekümmern sich nicht um das Schicksal und den Erfolg ihrer Schriften, sie fragen nicht, was aus ihren zur Beförderung eingehändigten Briefen etc. geworden ist.

Ein akuter Fall kann anscheinend der Heilung entgegen gehen; wir sehen, wie das Aussehen des Pat. sich bessert, sein Appetit und seine Ernährung sich heben, die Lust zur Arbeit eintritt, vernünftige Antworten und Reden die frühere Schweigsamkeit oder Verwirrung verdrängen. Noch stellt sich das Interesse für Heimath und Familie nicht ein, wir veranlassen einen Brief an ihn und regen ihn an, zu antworten. Da zeigt uns sein Schreiben, dass die Besserung des Patienten mehr nur eine äusserliche ist; er schreibt ganz konfus, er begreift nicht seine Lage, er verräth durch seine schriftlichen Aeusserungen, dass er an prognostisch ungünstigen Sensationen und Wahnideen leidet, die wir bisher nicht vermuthet hatten. So zerstört das Schreiben unsere Täu-

schung; der Kranke erscheint uns nach demselben schlimmer, als vorher. Dahin gehört folgender Fall.

Ein junger Mann, gut genährt, gesunden Aussehens, kam als stiller, schweigsamer Melancholiker in die Anstalt. Sein Blick, die Gesichtszüge deuteten auf den Seelenschmerz, den er durch Worte nicht bezeichnete. Dann und wann, nur nach langem Fragen, äusserte er sich kurz über Beschwerden im Kopfe, im Unterleib, in den Gliedern, denen er eine besondere Bedeutung beilegte. Die Luft, den Tabak, gewisse Speisen bezeichnete er als ihm schädliche Agentien. Meistens stand er unbeweglich, gesenkten Blickes, oder durch das Fenster schauend auf einer Stelle, ohne Interesse, wie es schien, für das, was sich um ihn ereignete, ohne Neigung sich zu unterhalten und zu arbeiten. Aufmunterungen zur Thätigkeit begegnet er mit Erwiderungen, wie, „ich darf nicht,“ „das macht mich noch schlimmer“, „das ist doch nicht gut,“ u. s. w. Er war fast willenlos. Dieser Zustand dauerte mehrere Monate. Da wirkte das Beispiel eines rekonvalescenten Genossen günstig auf ihn; auch er wurde thätig; seine Scheu verlor sich, er wurde heiterer, gesprächiger, nahm Theil an den gemeinschaftlichen Promenaden, ass regelmässig, genass das ihm Vorgesetzte ohne Besorgniss, ohne sich nachher Vorwürfe darüber zu machen, wie vorher. Mehrmals äusserte Pat. den Wunsch nach Rückkehr in seine Familie, er fühlte sich wieder kräftig zur Arbeit. Auch wir mussten ihn für viel gebessert halten und ersuchten ihn, dem Vater zu schreiben, dass er ihn besuchen möge. Er schrieb nun nach längerem Zögern folgenden Brief, der deutlich bewies, dass er an grosser *Verwirrung* leide, die in seinen Reden nicht hervortrat, dass er daher nur *scheinbar* gebessert und wohl unheilbar sei.

Liebe Eltern!

Zu den Aufenthalt meines langen Hierbleiben, ergreife ich nochmals die Freude und Lust Euch liebe Eltern meinen Aufenthalt, und Schreiben zu schicken — zu können, „um Euch auch gleich das Wohlverhalten meines Zustandes mitzutheilen“;) da die Zeit schon lang verstrichen und ich meinen Erwartung zu Euch freudiges Herzen ist, so wäre mir es lieb, wenn ich mit voller Gesundheitszustandes wieder in Eurer Mitte zur Heimath kommen könnte! — Um Euch die Freude meiner That in Tallent zu zeigen; da die Unordnung bei mir zu gross, und meine

neben Sachen nicht gut zu passen gehen so verläuft die Zeit, und es wäre wünschenswerth, wenn ich bald wieder vollen Verstandtes käm! Dass ich mein Herz nich einem mit Euer Proviant leben und nicht zu Kräfte und Grösse setzen könne (Soweit wie ich Euch zu Wissen thuen kann stehen ich noch in den selben Rang meiner Höhe und Kräfte zu Arbeit aufweisen könne", so stehe ich bei Gunsten Herr Dr. *Brosius* Eurer Liebe entgegen, —) und zeichne hiermit mein schreiben den Gruss an Euch so wie auch an Euch nächste Verwandte zugleich

Vielmahl

Euer noch stets liebender Sohn.

Umgekehrt kann, während das Verhalten eines Kranken uns bisher nur eine ungünstige Ansicht von seinem Zustande gestattete, ein Schreiben von ihm den Beweis geben, dass es nicht so schlimm mit ihm steht, dass sogar schon die Rekonvalescenz im Anzuge ist, auf die aus den übrigen Symptomen noch nicht geschlossen werden kann. Dr. *Th. Güntz* *) theilt folgenden Fall mit.

„Ein junger Mensch, welcher mit thierischem Aussehen, auslaufendem Speichel meist regungslos und zusammengekauert dasass, keine Frage beantwortete, sondern nur dumpf murmelte, zeitweise auch einen thierischen Schrei ausstiess, für Nichts Interesse zu haben schien, schrieb zu unserer Ueberraschung folgenden Brief:

„Liebe Eltern! Da ich bereits 5 Wochen in der hiesigen Anstalt zu meiner Gesundheitsstärkung zugebracht habe und mich jetzt ziemlich wohl befinde, wünschte ich, dass ich wieder abgeholt würde, um mich in Begleitung des Vaters nach Hause oder wenn möglich nach Hamburg zu wenden. Ich bitte desshalb, mich nächsten Sonntag zu besuchen und hoffe, dass Ihr meinem Wunsche entsprechen werdet."

Diese besonnenen und geordneten Zeilen bekundeten uns hier, dass wir es keineswegs mit dem Blödsinne zu thun hatten, und in der That wurden auch unsere wachgerufenen Hoffnungen durch die erfolgte Heilung bestätigt."

Also die Skripturen der Kranken können mit ihren sonstigen Aeusserungen und andern Symptomen in Widerspruch stehen. Es ist daher

---

*) Der Geisteskranke in seinen Schriften. Die interessante und instruktive Broschüre wurde im Irrenfreund, 1862, Nr. 8 im Auszuge mitgetheilt.

wichtig, auch in gerichtlichen Fällen, wenn das Exploratorium keine genügenden Beweise für die Existenz des Irreseins beibringt oder Zweifel an dieser erweckt — das ist ja nicht selten der Fall — den Richter auf die etwa vorhandenen schriftlichen Produkte des Explorandon zu verweisen. Manchmal, wenn die Frage „ob geistesgesund oder nicht“ aufgeworfen wird, ist es nicht mehr möglich, das betr. Individuum persönlich zu untersuchen; die Frage betrifft einen Todten, der seine letzte Verfügung, ein Testament hinterliess, oder einen Selbstmörder. Hier entscheiden vielleicht seine Papiere, ihr Inhalt, der Vergleich der letzten Schriften mit früheren. Der Verstorbene galt nicht für geistesgestört; Zeugen wissen nicht anzugeben, dass seine Reden und Handlungen abnorm waren. Aber dem Papiere vertraute er seine Wahnideen an; dieses verräth seine schon seit längerer Zeit veränderte Stimmung, seine sonderbaren Projekte, seine Gedächtnissschwäche, Zerstreutheit, Rücksichtslosigkeit etc. und beweist, dass er, wenn Schriften aus früheren Zeiten verglichen werden, nicht mehr der früher gesunde Mensch war.

Esquirol *) sollte als Sachverständiger das Testament eines Monomanen untersuchen, der von Verfolgungsideen gequält sich selbst entleibt hatte. In diesem Testamente setzte der Kranke die Verfolgungen Seitens seiner Familie auseinander und substituirte mehrere Legatare. In Kodizillen aus verschiedenen Zeiten nahm er die Legate nach und nach zurück, die er seinen Freunden vermacht hatte, indem er diese anklagte, dass sie sich durch seine Verfolger hätten verleiten lassen. Wenn Z., sagt *Esquirol*, sich auf sein Testament beschränkt hätte, könnte man dann sagen, dass sich in ihm der Beweis des Wahnsinnes finde? Es ist wahr, er bezeichnet seine Geschwister etc. als seine Feinde, und tödtete sich, um sich ihren Verfolgungen zu entziehen. Aber diese Anklagen konnten begründet sein; sind die Feindseligkeiten in Familien so selten? Diese Anklagen konnten niedergeschrieben sein, um die Enterbung seiner Familie zu rechtfertigen. Durch das Testament allein wäre also der Wahnsinn vielleicht nicht hinlänglich bewiesen worden, aber der Vergleich der späteren Kodizille mit dem Testamente lässt keinen Zweifel übrig. Wer erkennt hier nicht den gewöhnlichen Gang des Irreseins! Der Kreis der Zuneigungen des Testators verengert sich,

*) Journ. de Méd. Mentale, 1864, Febr. März.

die Zahl seiner Freunde nimmt ab, die seiner Feinde wächst, in dem Maasse, als die Geisteskrankheit fortschreitet, bis diese zu ihrer letzten Periode gekommen ist.

Londe *), der die Memoiren und das Testament des S. Lenormand sorgfältig analysirte, bewies auf die unumstösslichste Weise, dass diese Schriften den Stempel des Verfolgungswahnes tragen, und überzeugte den Gerichtshof, dass der Testator im Augenblicke, wo er seinen letzten Willen aufsetzte, geistesgestört war.

Da uns der Raum nicht gestattet, Weiteres über die Schriften der Irren vorzubringen, geben wir das Resumé der citirten Broschüre unseres Kollegen *Th. Güntz*:

1. Die schriftlichen Aeusserungen Geisteskranker zeigen mancherlei Abweichungen von der Norm, sowohl in Hinsicht ihrer Quantität, als Qualität.
2. Diese Abweichungen sind von Wichtigkeit, in so fern sie oft am frühesten den Beginn der Seelenstörung beweisen.
3. Sie geben oft den besten Aufschluss über Aetiologie, Genese und Dauer der Krankheit.
4. Sie vervollständigen oder berichtigen auch im Einzelfalle das Krankheitsbild.
5. Endlich gewähren sie auch einen sichern Anhalt für den Eintritt und Fortschritt der Rekonvalescenz.

Mögen desshalb diese Andeutungen genügen, um den Werth schriftlicher Aeusserungen Geisteskranker als diagnostisches Hilfsmittel darzuthun und ihre Berücksichtigung in Haus und Anstalt als erspriesslich zu empfehlen.

Zum Schlusse citiren wir aus einer andern Broschüre **) Folgendes:

„Die Handschriften der Irren können in vielen Fällen eine grosse Wichtigkeit für ihre gesetzliche Verantwortlichkeit haben. Nichts ist gewöhnlicher, als sie während der Dauer ihrer Krankheit Briefe schreiben zu sehen, die voll Vernunft, geistreich sind und die besten Gesinnungen ausdrücken, und dennoch ist nichts weniger von der grossen

---

*) Journ. de Méd. Mentale. 1864, Febr. März.

**) Die respective Schreibweise der Geisteskranken u. s. w. Aus dem Französischen mit Zusätzen, von Sanitätsrath Dr. Droste, Osnabrück, 1864.

Welt und den obrigkeitlichen Personen erkannt. In einem Vatermordsprozesse, der vor dem Assisenhofe zu Rennes verhandelt wurde, brachte der kaiserliche Anwalt einen Brief des Angeklagten vor, in welchem die Liebe so wahr und in einer so rührenden, tugendsamen Weise geschildert war, dass die Zuhörer in Thränen zerflossen. Ist das der Brief eines Geisteskranken? rief das Organ des öffentlichen Ministeriums, sich zu dem Arzte hinwendend, der den auf Geistesstörung lautenden Bericht gemacht hatte. An welches Individuum ist er adressirt? antwortete dieser, ohne aus seiner Ruhe zu kommen. An Marie Vélanon, sagte der verwunderte Justizbeamte. Dann liegt der Beweis des Irreseins auf der Hand, erwiderte der Experte, denn diese Person ist seit einigen Jahren verehelicht. Sie führt also den genannten Namen nicht mehr. Man muss nothwendig unsinnig sein, um die Verheirathung, den Mann, die Kinder, so wie das begangene Verbrechen mit seinen schrecklichen Folgen misskennen und vergessen zu können. Diese Vertheidigung wurde mit dem gewünschten Erfolge gekrönt. Die Jury erklärte den Angeklagten für nicht strafbar, und er wurde in ein Asyl (Belloc) geschickt.

Heirathen unter Bluts-Verwandten.

Dr. *Mitchell* *) gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Ehen unter Bluts-Verwandten können der Nachkommenschaft leicht nachtheilig werden auf verschiedene Weise: Verminderte Lebensfähigkeit bei der Geburt; schwache Konstitution, welche den Ausbruch von Drüsenkrankheiten im spätern Leben begünstigt; körperliche Defekte und Missbildungen; Mangel oder Schwäche der Sinne, namentlich des Gesichts und Gehörs; Krankheiten des Nervensystems, Epilepsie, Chorea, Lähmung, Schwachsinn, Idiotie, Irresein. Unfruchtbarkeit oder verminderte Fruchtbarkeit kommt in jenen Ehen vor, aber nicht so häufig, als man behauptet hat.

*) On consanguineous Marriages, Edinburgh. Medical Journal, 1865.

2. Wenn die Kinder frei bleiben, so kann der Nachtheil bei den Enkeln sich zeigen, und weiter vielleicht als erbliche Krankheit.
3. In manchen Fällen können nachtheilige Folgen nicht nachgewiesen werden, selbst in Fällen, wo alle anderen Umstände ungünstig sind.
4. Ehen unter Bluts-Verwandten bewirken häufiger Idiotie und Imbecillität, als die sog. erworbenen Formen des Irreseins, oder solche, welche nach der Kindheit entstehen.
5. Die Idiotie ist in Schottland häufig geworden durch die häufigen Ehen unter Bluts-Verwandten, aber diese sind doch nicht so häufig, als man allgemein angenommen hat.

Ausser oben genannten Störungen kommen noch andere besondere Zustände vor bei Kindern von blutsverwandten Eltern, z. B. Hasenscharte. Dr. *Liebreich* in Berlin hat die Retinitis pigmentosa beschrieben, welche er bei Taubstummen fand; die Hälfte der Fälle betrafen Kinder blutsverwandter Eltern. Seine Beobachtungen sind in Paris und anderswo bestätigt worden.

M. Devay *) erwähnt „des kleinen Ortes Izeaux, der einsam und verloren mitten in der unkultivirten Ebene von Bièrre (Isère-Departement) liegt. Die Wege in dieser unfruchtbaren Gegend waren schlecht, wenn nicht unfahrbar. Die Bewohner, meist auf sich angewiesen, verkehrten sehr wenig mit den umliegenden Ortschaften und heiratheten beständig unter einander und häufig innerhalb derselben Familie. Am Ende des vorigen Jahrhunderts zeigte sich als Folge dieser Heirathen eine Abnormität, welche vor einigen 40 Jahren fast bei allen Einwohnern vorkam, nämlich ein sechster Finger, sowohl an den Füssen, als an den Händen.“

„Nach *Pottou*, der 1829 und 1836 in jener Gegend war, existirt jetzt diese Anomalie fast gar nicht mehr, seitdem dort die Wege besser, der Verkehr mit andern Orten häufiger geworden, und eine Vermischung der Racen stattgefunden hat.

Chippault **) bemerkt, dass nach einem Bericht von 1861 an den Minister des Innern in 22 gebirgigen Departements 1 Taubstummer auf

---

*) Du danger des Mariages consanguins sous le rapport sanitaire, Paris 1862.

**) Etude sur les Mariages consanguins et sur les Croisements dans les Règnes animal et végétal. Paris 1863.

1158 E. kommt, dagegen in 25 Departements mit flachem und bebautem Terrain 1 auf 2285. Dort haben die Leute keinen Verkehr mit der übrigen Welt; an manchen Orten kommen sie niemals aus ihrem Geburtsorte heraus. Das Heirathsfeld ist sehr beschränkt, und die Uebel, welche aus der Bluts-Verwandtschaft entspringen, sind sehr zahlreich. Nach *Chippault* sollten Ehen unter Verwandten gesetzlich verboten werden.

Jules Falret, der ein treffliches Resümé über die neuen Ansichten in dieser Frage gab, glaubt, dass noch fernere Untersuchungen nöthig sind, bevor die Frage als wissenschaftlich abgeschlossen betrachtet werden könne. Er sagt „um auf dem Wege der Exklusion zu einer berechtigten Ansicht bezüglich des Einflusses der Blutsverwandtschaft auf die Nachkommen zu gelangen, müssen wir zuerst alle anderen physischen oder moralischen Ursachen ausschliessen, welche sei's bei den Eltern sei's bei den Kindern zur Erzeugung der Krankheiten oder Anomalien der Organisation beitragen können."

Es scheint, dass die Thatsachen zu Gunsten der populären Ansicht sprechen, aber der strenge Beweis ist noch lange nicht so vollständig, als man allgemein glaubt.

Journ. of Mental Science 1866, October p. 389.

Der Hülfs-Verein für genesende Gemüthskranke im Canton St. Gallen.

Der ärztliche Verein des Cantons St. Gallen hat in seiner Jahres-Versammlung zu St. Pirminsberg im Oktober 1865 beschlossen, einen Hülfsverein für genesende Gemüthskranke zu gründen. Demselben sind bereits eine grosse Zahl von Aerzten, Geistlichen, Beamten, Kaufleuten u. s. w. beigetreten; die Mitgliederzahl beläuft sich auf 344.

Der Hülfsverein stellt sich folgende Aufgaben:

1. Genesende Gemüthskranke und hauptsächlich genesen oder gebessert aus St. Pirminsberg entlassene Arme und Hilfsbedürftige möglichst vor neuer Erkrankung und vor Rückfällen zu schützen.
2. Hebung der öffentlichen Irrenpflege überhaupt, Beseitigung von Vorurtheilen gegen Irresein und Irrenanstalten, namentlich Sorge für frühzeitige Unterbringung frisch Erkrankter in der Anstalt.
3. Ausnahmsweise unterstützt der Verein auch im Dienste erkrankte oder verunglückte Wärterinnen, wenn dieselben längere Zeit treu und gewissenhaft in der Anstalt gedient haben.

Alle, welche für die Zwecke des Vereins mitwirken wollen und sich bei den hiefür bezeichneten Korrespondenten einschreiben lassen, sind Mitglieder des Vereins.

Jedes Mitglied hat einen regelmässigen jährlichen Beitrag von mindestens 2 Francs an die Vereinskasse zu leisten.

Die pekuniären Hilfsmittel des Vereins bestehen in den regelmässigen Beiträgen der Mitglieder, in freiwilligen Spenden und Vermächtnissen, in allfälligen Staats- und Gemeinde-Unterstützungen, endlich in den Zinsen eines zu bildenden Reservefonds.

Die Leitung des Vereins und die gesammte Geschäftsführung wird einem Comité von 5 Mitgliedern übertragen, das alle 2 Jahre neu gewählt wird und sich durch weitere Wahl geeigneter Persönlichkeiten aus verschiedenen Kantonstheilen beliebig verstärken kann. Ihm liegt die spezielle Sorge für die Erreichung der Vereinszwecke ob.

Wir machen den Lesern unseres Blattes gern diese Mittheilungen, um sie zur Unterstützung resp. Gründung solcher Vereine anzuregen, die, wenn Anstalts- und praktische Aerzte mit Geistlichen, Beamten, Kaufleuten zusammentreten, recht gut möglich ist. Ein solches Werk kann und muss zunächst von den Direktoren öffentlicher Anstalten in die Hand genommen werden. Wir haben schon in den ersten Jahrgängen unseres Blattes zur Bildung von „Vereinen zum Schutze der Irren" aufgemuntert, und werden solchen Vereinen, wo sie sich auch bilden, gern nach Kräften unsere Unterstützung zuwenden. Wie viel besser würde es um die Irren stehen, wenn in jeder Provinz ein Schutz-Verein bestände, ein Verein, der für möglichst frühzeitige der Heilung günstige Unterbringung in den Anstalten wirkt, sich der aus den Anstalten genesen Entlassenen annimmt, wenn sie mit neuen Sorgen und Misslichkeiten in häuslichen Verhältnissen zu kämpfen haben und daher Rückfällen entgegengehen, der auch für unheilbare Irre sorgt, die nicht in Anstalten leben. Es werden nicht nur alle Aerzte, sondern auch alle Gebildeten überhaupt die Wohlthaten solcher Vereine erkennen. Nun möge auch der Erkenntniss die That folgen.

Die „milden Stiftungen und Vergabungen" des Vereins betragen bis jetzt 1675 Fr., die Total-Einnahmen bis zum 25. Nov. 1866 2706 Fr.
„ Ausgaben „ „ „ „ 772 „

Sämmtliche Mitglieder des Comité (Präsident: Director Dr. *Zinn* in St. Pirminsberg, St. Gallen) nehmen Beitrittserklärungen und Gaben für den Hilfsverein an.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 2. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ist Nic. Hampel und seine Tochter Catharina geisteskrank? Die Bromide in der Behandlung der Neurosen und des Irreseins. Ein Fall von Erotomanie.

Ist Nic. Hampel und seine Tochter Catharina geisteskrank?

Von Kreis-Physikus Dr Feld in Neuwied.

Nic. Hampel ist 62 Jahre alt. Vor 10 Jahren zog er mit seiner jetzt 40jährigen Tochter Catharine, seinem einzigen lebenden Kinde, und seiner Frau aus der Provincialhauptstadt nach einem kleinen Dorfe, in welchem meist Weinbau betrieben wird, zu seiner hier begüterten Stiefmutter. Hampel's Vater, ein ziemlich bemittelter Mann, hatte in der Stadt eine Lichterfabrik betrieben. Nicolaus, der einzige Sohn, besuchte das Gymnasium, sodann eine Handelsschule. In der Schulzeit wurde er einmal geisteskrank. Ueber den Zustand ist soviel bekannt, dass Nicolaus sehr aufgeregt nach einer Anstalt gebracht wurde und dort eine zeitlang eine Zwangsjacke trug.

Nicolaus kam später als Lehrling in ein Kaufmannsgeschäft, sehr bald aber nach Hause in das Geschäft seines Vaters. Was er in dem Geschäft leistete, weiss man nicht; er hatte aber nur wenige Jahre nach seines Vaters Tode das Geschäft allein betrieben, als er es wieder aufgab, von der Miethe seines Hauses lebte, später sein Haus verkaufte und sich nach dem Wohnsitz seiner Stiefmutter zurückzog. Die Stiefmutter hatte ihr kleines Haus und ihre Weinberge stets in schöner Ordnung gehalten und behielt auch die Leitung aller Geschäfte bis zu ih-

rem, schon innerhalb des ersten Jahres nach der Uebersiedelung des Stiefsohnes erfolgtem Tode. Neun Jahre lang hatte Nicolaus mit seiner Tochter allein gewirthschaftet, als das Treiben dieser Leute Veranlassung gab, ihren geistigen Zustand zu untersuchen.

Mein Weg zu dem Wohnhause führte mich an einem Hampel'schen Weingarten vorüber; er war in den 9 Jahren zu einem wüsten Land geworden, auf welchem hier und da ein verwilderter Weinstock verkümmerte. Das Wohnhaus liegt mit dem Erdgeschosse an den Bergabhang gelehnt; der vordere Eingang war geschlossen, der hintere führt vom Berge aus gleich in den oberen Stock; auch hier war geschlossen, gegen die Gewohnheit der Dorfbewohner. Auf längeres Pochen öffnete mir ein ältliches Frauenzimmer, mit erdfarbigem Gesicht, ungeordnetem unreinem Haar, Nachmittags 3 Uhr in einer schmutzigen Nachthaube; die Kleider schmutzig und zerrissen um den Leib hangend, die strumpflosen Füsse in zerrissenen Zeugstiefelchen. Die Theile des Halses und der Brust, welche mit dem Hemd bekleidet zu sein pflegen, waren nackt. Sie schien kein Hemd anzuhaben, ein bei uns zu Lande sehr seltener Mangel, den man kaum bei der bittersten Noth beobachtet. Das war die Tochter Catharina, welche nicht allein die gewöhnliche Elementarschule besucht hatte, sondern auch eine Zeit lang in einem Mädchenpensionate gewesen war. Sie war über mein Erscheinen weder erstaunt, noch erschreckt, noch auch nur in der geringsten Verlegenheit. Auf ein paar freundliche Worte meinerseits wurde sie sogar gleich freundlich und führte mich wenige Schritte vorwärts in den oberen Flur des Hauses, welcher in der Mitte zwischen den beiderseitigen 4 Zimmern gelegen als Wohnstube und Küche zugleich benutzt wurde; dieser Raum war am Boden und Wänden schwarz: in den Ecken lag mannigfacher Unrath, zerrissenes schmutziges Schuhwerk, Kartoffelnschalen, Asche, schmutziges, zerbrochenes Küchengeschirr, mit Staub bedeckt und ähnliche Dinge. Auf einigen baufälligen Stühlen hatte Hampel mit Catharina soeben begonnen den Nachmittagskaffee zu sich zu nehmen, aus einer früher nicht unansehnlichen, jetzt aber defekten porzellanenen Kaffeekanne. Hampel selbst, etwas reinlicher gekleidet, als seine Tochter, ein kleiner Mann mit frischer Gesichtsfarbe, empfing mich ebenfalls freundlich und ohne alles Befremden. Auf meine Bitte öffnete man mir das Zimmer rechts; hier stand ein gutes Bett, bestäubt, aber einigermassen reinlich, ungeordnet, ein bestaubter Sekretair und ein Kleider-

schrank. Dies, erklärte mir bereitwillig Catharina, sei das Zimmer ihrer vor 9 Jahren verstorbenen Grossmutter, dies sei das Bett, worin sie gestorben, noch mit allem Bettzeug in demselben Zustand, in welchem die Leiche es vor 9 Jahren verlassen hatte. Dieses vernachlässigte Zimmer stach aber höchst vortheilhaft ab gegen die übrigen Räume, zunächst gegen das gegenüberliegende Gemach Catharina's, zu welchem mir Anfangs unter Kichern und Lachen Catharina den Weg versperrte. Hier so wie in dem im Erdgeschosse befindlichen Schlafgemache Hampel's, starrten alle Gegenstände von Schmutz; ein sehr schlechtes Bett war mit sehr mangelhaftem Bettzeug versehen; die Bettfedern drangen aus den zerrissenen Pfühlen hervor und bedeckten den Boden. Hausgeräthe aller Art, Spiegel, eingerahmte Kupferstiche, polirte Möbel, ein Klavier, Körbe mit mannigfachem Inhalt, Porzellangefässe, halb zerbrochen, ein geschliffener eiserner Ofen, nun verrostet, standen in den Schlafzimmern umher. Man erklärte mir, diese Möbel seien aus der Stadt beim Umziehen angekommen, und unausgepackt nun 10 Jahre stehen geblieben. Im Weinkeller fanden sich mehrere Fässer und steinerne Töpfe mit Wein, welcher sauer geworden und verschimmelt war. Dieselbe Vernachlässigung auf dem Speicher, wo sich auch noch einige Körbe mit Bettzeug fanden, welches nicht ausgepackt worden war.

In diesen Zustand war also diese noch immer bemittelte Familie (das Vermögen wurde auf 8000 Thlr. geschätzt) in 9 Jahren gerathen, in welchem sie sich selbst überlassen war. (Die Frau Hampel fand ich nicht mehr vor; sie war vor etlichen Monaten gestorben).

Man muss nun noch erfahren, dass diese Leute sehr eingezogen lebten, fast gar nicht aus dem Hause kamen, mit Niemanden Umgang hatten, und kann dann ermessen, was diese Leute unter den gegenwärtigen Umständen leisteten und unter gegebenen Veränderungen etwa zu leisten fähig waren, kurz ihre geistigen Fähigkeiten.

Ich behaupte, es bedarf kaum dazu weiterer Erkundigungen oder einer Unterredung mit den beiden Leuten.

Bevor ich weiter gehe in der Erzählung des Falles, will ich einige allgemeinere Verhältnisse betrachten.

Man wird bei der Untersuchung geistiger Fähigkeiten gar nicht den Hauptwerth auf den Wortlaut einer Unterredung legen, wenn man erwägt, dass bei beginnenden geistigen Störungen, bei den auf der Grenze stehenden Zuständen, bei den schwierigsten und zweifelhaftesten Fällen

ein grosses Gebiet eingeübten Vorstellens, ja oft der ganze Umfang desselben ungestört geblieben ist; dass anfangs meist nur die Kraft und Lebendigkeit des Handelns gestört ist, welches letztere immer nur dann entschieden, erfolgreich und zweckmässig sein kann, wenn der kräftig und lebendig vorgestellte Zweck rasch und entschieden das Vorstellen der ins einzelne ausgearbeiteten Mittel nach zieht;

wenn man ferner erwägt, dass eine geflissentliche, mit einem gewissen Aufwand ungewöhnlicher Mittel, unter Beisein von Gerichtsherrn u. s. w. veranlasste Unterredung in beginnenden Zuständen nie verfehlen wird, eine gewisse Anspannung aller noch vorhandenen Fähigkeiten hervorzurufen, welche der Kranke selbstständig und auf die Dauer nicht mehr besitzt;

wenn man ferner erwägt, dass das Vorstellen in der Unterredung seine eigentliche Bedeutung für den Menschen, den Grad seines raschen und erfolgreichen Uebertretens in zweckmässige Handlungen gar nicht kund geben kann.

Da der wahre Werth und Gehalt geistiger Leistungen nicht im Reden, sondern in dem Umfang und der Höhe des Zieles liegt, den Jemand seinen Unternehmungen gestellt hat, und in dem Maasse, wie er diesem Ziele zueilt; so wird man viel sicherer den Werth und die Richtigkeit des Vorstellens aus seinem Endergebniss, aus dem Thun und Treiben beurtheilen, als umgekehrt das Thun und Treiben aus dem unentschiedenen Anfang alles Handelns, dem blossen Reden. Es muss hiernach auffallen, dass beim Interdictionsverfahren zwar der Wortlaut einer Unterredung und das grade im Termin erscheinende Benehmen durch die Gegenwart des Richters festgestellt werden soll, die Hauptgründe des Urtheils aus beliebigen Quellen beizubringen aber den Sachverständigen allein überlassen bleibt, und wenn sich der Richter gar nicht die Aufgabe stellt, diejenigen Zeugen im Termine zu allererst und hauptsächlich zu vernehmen, welche über das Thun und Treiben des Kranken aus eigener Wahrnehmung Aufschluss geben können.

Wenn der Richter in anderen Fällen alle Thatsachen zunächst aus den Quellen zu erheben sucht, alle selbsterhobenen Thatsachem dem Sachverständigen vorlegt, ohne ihm die Stelle des Untersuchungsrichters, der die Zeugen und Thatsachen erst allein ermitteln soll, vorher zuzumuthen (auch die Obduction macht der Arzt in Gegenwart und unter beständiger Theilnahme des Untersuchungsrichters), so muss man fragen,

warum es bei der Interdiction anders sein soll. Man kann den Grund nur in dem Missverständniss suchen, eine jede Geisteskrankheit müsse sich in wahnwitzigen Reden äussern; ein jeder Geisteskranke müsse ein handgreiflicher Narr sein.

Diesem Missverständnisse entsprechend kam es vor, dass ein Richter nach linksrheinischer Gewohnheit eine längere Zeit in einer Anstalt aufbewahrte Kranke allein untersuchte, dabei auf den Arzt der Anstalt gar keine Rücksicht nahm und nach kurzer Unterredung sein Urtheil auf Gesundheit fällte, weil er keinen Wahn auffand.

Ich habe ferner gesehen, wie ein anderer Richter seine Untersuchung eines in einer Anstalt untergebrachten Knaben damit begann, die Kranke nach den allergewöhnlichsten Dingen zu fragen; diese erzählte ihm ganz besonnen die Hauptereignisse ihres Lebens. Die Unterredung ergab durchaus keine Störung. Hätte der Richter vor Anwesenheit der Kranken nur einfach den Verwalter oder die Wärterin der Kranken gefragt „was treibt diese Kranke in der Anstalt?“ oder den Arzt „warum hat man das Frauenzimmer in die Anstalt gebracht?“ so würde er die Störung auch in der Unterredung auf der Stelle haben finden können. Ich wusste, dass sie, die frühere Dienstmagd, nun zu der leichtesten häuslichen Arbeit nicht mehr Ausdauer und Aufmerksamkeit genug hatte, dass sie sich über ihre Umgebung weit erhoben glaubte, weil sie Nachts mit Engeln, dem König, dem Kronprinzen u. s. w. umging; und fragte nur, wie sie Nachts schlafe, und der Wahn trat auf der Stelle hervor.

Also selbst in dem Falle, dass die Störung bereits das gleichgültige, zwecklose Vorstellen, wie es sich in einer Unterhaltung meist allein kund gibt, ergriffen hat, kann eine erfolgreiche Unterredung oft nur dann geführt werden, wenn man bereits über das Thun und Treiben des Kranken vorher unterrichtet ist. Das Hauptgewicht ist darauf zu legen dieses letztere durch Zeugen festzustellen, insofern man nicht selbst Zeuge desselben sein kann.

Also die erste Frage muss sein „welches sind die Umstände, welche überhaupt die ganze Untersuchung veranlassten? welches sind denn die Handlungen des Kranken, welche ihn seiner Umgebung unerträglich machen, welche nicht mehr erlauben, ihm ein Geschäft, die Verwaltung seines Vermögens anzuvertrauen? welche verbieten, ihm das nöthige Maass der Zurechnungsfähigkeit zuzutrauen?

Die Antwort darauf wird sein eine Krankheitsgeschichte, bei der man nicht zuerst anführt, worüber der Kranke klagt, sondern worüber seine Umgebung klagt.

Die Untersuchung des Kranken selbst wird den zweiten Platz einnehmen; die Geisteskrankheiten gehören nämlich zu den Nervenleiden, bei denen leider der eigentliche krankhafte Vorgang in dem ergriffenen Organ nicht objektiv zu untersuchen ist. Man muss sich mit den Symptomen begnügen, und diese liegen sehr häufig nicht zu jeder beliebigen Zeit dem Untersucher offen, und der Status praesens ist nicht unmittelbar festzustellen, sondern meistens durch Angaben von Zeugen, welchen eine längere Beobachtung vergönnt war.

Soll denn nun aber diese Krankheitsgeschichte stets eine ganze Lebensgeschichte sein?

Der Richter, welchem nie damit gedient sein kann, eine Untersuchung weitläufiger zu machen, als es nöthig ist, wird verlangen, bloss dasjenige festzustellen, was hinreicht, um den Zustand zweifellos zu erkennen. Alles fernere ist ihm eine unnütze Last.

Er wird also alle die Thatsachen beizubringen haben, welche die Sachverständigen verlangen, um ein zweifelloses Urtheil zu fällen. Die Sachverständigen werden das, was sich aus den einzelnen Thatsachen für die geistigen Fähigkeiten ergibt, zusammenstellen, ordnen, anscheinende Widersprüche lösen, vorhandene Mängel anerkennen, sie werden nöthigenfalls darlegen aus den ermittelten Thatsachen, wie der Untersuchte gegenwärtige Gegenstände und Verhältnisse auffasst und vorstellt; wie er einfache und verwickelte Verhältnisse, wie er seine eigenen persönlichen Verhältnisse auffasst, gegenwärtige und zukünftige; wie es schliesslich nicht beim Vorstellen bleibt, sondern wie es bei ihm zu einem den mehr oder weniger verwickelten Verhältnissen entsprechenden Handeln kommt. In dem letzteren wird alles frühere enthalten; hieraus wird es zu entwickeln, hierauf wird das Hauptgewicht der ganzen Untersuchung zu legen, alles andere nur, soweit erforderlich, zu erörtern sein.

Die erforderlichen Thatsachen können in einer kurzen Frist zusammenliegen, alsdann ist eine weitere Lebensgeschichte mindestens unnütz. Der Richter braucht sie nicht zu wissen und will sie nicht wissen. Es kommt ihm ja nur darauf an, ob der kranke Zustand gegenwärtig vorhanden ist. Im besonderen Falle könnte es ihm daran liegen zu wissen,

wie der Zustand sich entwickelte. Z. B. wenn ein Verbrechen Geistesstörung zur Folge hatte. Alsdann wäre es zunächst seine Sache, danach zu fragen. Es kann doch wohl nie Aufgabe der Sachverständigen sein, dem Richter Untersuchungen aufzudrängen, nach denen er gar kein Verlangen trägt.

Seltsamer Weise scheint diese Aufgabe den Aerzten doch gestellt zu sein.

Nicht des Richters wegen „sondern weil die betreffenden Verhandlungen der medicinisch-technischen Beurtheilung unterliegen, „sollen die „zur Erkenntniss des Zustandes unerlässlichen Notizen über die früheren „Lebens- und Krankheitsverhältnisse in das Protokoll aufgenommen werden.“

Die Aufgabe lautet etwas unklar. Waren die Notizen zur Erkenntniss des Zustandes unerlässlich, so gehörten sie zu den Thatsachen, welche der Richter zu beschaffen und festzustellen hatte; sie konnten ihm nicht gleichgültig sein und müssen in den Motiven des Gutachtens ihre Stelle finden.

Waren sie aber der Erkenntniss erlässlich, was sollen sie der „medicinisch-technischen“ (zu deutsch „sachverständigen“) Beurtheilung? Die beaufsichtigende Behörde will sehen, ob der Zustand richtig erkannt ist. sie will also alle Motive vor sich haben. Nun, das will auch der Richter, wenn er überhaupt ein motivirtes Gutachten verlangt. Will man nun nicht annehmen, dass der angeführten Vorschrift eine Vorliebe für zwecklose Weitschweifigkeit und Ausführlichkeit zu Grunde liegt, wie sie so recht breit in den 8 Folioseiten füllenden, Jacobischen Fragebogen zu Tage tritt, so könnte man ein dem früher erwähnten entgegengesetztes Missverständniss muthmassen.

Der Richter nemlich, welcher aus der blossen Unterhaltung mit dem Kranken den Zustand erkennen wollte, konnte nur die handgreifliche Narrheit erkennen; diejenigen, welchen jeder Umstand des früheren Lebens wichtig ist, sehen überall Keime des Irrsinns. In den in diesem Sinne ausgeführten Krankengeschichten kann man sehen, wie man nie um Wendungen verlegen war, einen Zusammenhang zwischen auseinanderliegenden Dingen herzustellen, der wahrscheinlich niemals bestanden, ganz gewiss aber niemals nachgewiesen war.

(Schluss folgt.)

Die Bromide

in der Behandlung der Neurosen und des Irreseins.

Dr. *Garrod* bezeichnete das Bromkali in grossen Dosen als ein Mittel, das Schläfrigkeit bewirke. Dr. *Behrend* berichtet Fälle, die den Werth des Mittels bei Schlaf- und Ruhelosigkeit, begleitet und abhängig von nervöser Reizbarkeit, beweisen. Es wird nach ihm, in Uebereinstimmung mit *Brown-Séquard*, besser vertragen, als das Opium und dessen Präparate, ist frei von unangenehmen Wirkungen (Kopfschmerz, Verstopfung u. s. w.), und der Organismus gewöhnt sich nicht so leicht an dasselbe, dass fortwährend grössere Dosen nöthig würden. Er empfiehlt das Bromkali in Fällen von Schlaflosigkeit mit vorwiegender Nervosität, wo Opium meistens im Stich lässt und sogar die Aufregung und Reizbarkeit des Kranken vermehrt. Er theilt zwei Fälle von nervöser Schlaflosigkeit mit, wo er allmälig bis zu 25 Gran, dreimal täglich vor der Mahlzeit, verordnete. Dr. *Brown Séquard* habe es wochenlang in Drachmen-Dosen ohne Nachtheil gegeben. Der Appetit werde nicht vermindert, der Stuhl bleibe regelmässig und reichlich, die Reizbarkeit der Harnblase — ein häufiges Symptom in ruhelosen Nächten — werde sehr gemässigt. Zeitweise Lähmung und Verminderung des Geschlechtstriebes, die auf grosse Dosen folgen solle, habe er nicht beobachtet, wohl aber leichten und kurz dauernden Kopfschmerz. Bei Ruhelosigkeit im Delirium tremens habe er das Mittel noch nicht versucht.

Journ. of Mental Science 1864. July p. 281.

Dr. *Belgrave* (Arzt am Asyle in Lincolnshire) hat die Bromide von Kalium, Cadmium und Ammonium in verschiedenen Fällen von Irresein, bei allgemeiner Paralyse, epileptischer Manie, periodischer Manie u. s. w. versucht. Er theilt im Ganzen 33 Fälle mit. Sein Resümé ist: Bromkali ist ein Antiphlogistikum und Sedativum für die Gehirn-Rückenmarks-Functionen. Es setzt die Kraft des Pulses herab, auch die Ernährung und bewirkt Schwäche. Es mässigt die nervöse Reizbarkeit und geistige Aufregung und beschränkt in wirksamer Weise die Zahl der Paroxysmen. Es ist ein Anaphrodisiacum, gleich nützlich bei beiden Geschlechtern.

Brom-Ammonium gleicht dem Brom-Kalium in seiner Wirkung auf das Nervensystem, ist aber weniger wirksam. Es bewirkt nicht Abmagerung, noch bedeutende allgemeine Depression.

Brom-Cadmium ist wahrscheinlich ein Irritans für die Darmschleimhaut. Seine kurz dauernde aber stark beruhigende Wirkung gleicht der Depression nach einem Brech- und Purgirmittel und ist nicht das Resultat einer Einwirkung aut das Nervensystem. Die Kranken erholen sich rasch von ihrer Depression, und ohne Zweifel war eine längere Wirkung die Folge der unbehinderten Ausleerungen. Brom-Cadmium gleicht dem Tart. emet. oder Zinc. sulphur., seine Wirkung ist aber sicherer, rascher und mächtiger. Es ist ungemein wirksam bei bedeutenden Exacerbationen der Manie.

Die Bromide von Kalium und Ammonium helfen einem lange bestandenen Mangel ab bei der Behandlung einer grossen und gefährlichen Klasse chronischer Fälle von Irresein.

Beispiele.

Allgemeine Parese. Fast beständige Aufregung. Der Mann lief hastig in den Höfen und Zimmern umher, fluchte laut, schlug oft nach imaginären Gegenständen und gerieth manchmal in grosse Wuth. Opiate verschlimmerten seinen Zustand; Hyoscyamus und andere erprobte Mittel beruhigten ihn nicht. Er lärmte gewöhnlich Tag und Nacht. Nachdem er zehn Tage lang Bromkali genommen, wurde eine merkliche Abnahme der Symptome beobachtet. Er wurde augenscheinlich ruhiger, er redete seine eingebildeten Feinde nicht mehr so laut an, die leidenschaftlichen Ausbrüche wurden seltener, und zuletzt wurde er ganz ruhig. Die Parese machte seitdem keine grossen Fortschritte.

Vielleicht war die allmälige Beruhigung in diesem Falle nur die natürliche Folge der vorhergegangenen Aufregung; es hatte jedoch geschienen, als werde in Folge von Erschöpfung ein baldiger Tod eintreten.

Eine Frau, in einem vorgerückteren Stadium der Paralyse, hatte bald heitere, bald traurige Wahnideen. Unter dem Einflusse der letzteren ist sie ungemein zornig und lärmend, sie ruft und schreit und macht sich an jeden beweglichen, ihr zugänglichen Gegenstand. Bei Widerstand wird sie ausserordentlich heftig. Der Aufregung folgt sehr grosse Abspannung. Nach 5 oder 6 Dosen Brom-Ammonium wurde sie ruhig und blieb es länger, als je zuvor. Ihre Aufregung kehrt zu Zeiten zurück, wird aber stets durch 3 oder 4 Dosen beschwichtigt, ohne dass

die Depression eintritt, welche in den meisten Fällen folgt, wo Bromkali angewandt wird.

Chronische Manie; ein kräftiges junges Weib, seit mehren Jahren geisteskrank. In den letzten 5 Monaten wurde sie unnütz und verkehrt, zornig, zerstörungssüchtig und so lärmend, dass man sie in weiter Entfernung vom Asyle hören konnte. Die Ernährung sank und es traten Zeichen beginnender Erschöpfung ein. Bromkali zu Gran 10, dreimal täglich. In ungefähr drei Wochen eine merkliche Abnahme der Aufregung. Der Ton ihrer Stimme ist natürlich, sie spricht vernünftiger. Einige Wochen nach dem Aussetzen der Arznei kehrt die Agitation zurück. Sie rannte im Hofe umher, warf ihre Haube fort, schrie und benahm sich so unordentlich, wie früher. Ihr Zustand wurde elender, die Rede verwirrt. Von Neuem Bromkali; nach 3 Tagen verhältnissmässige Ruhe. Die Arznei wurde noch einen Monat lang weiter gebraucht; die Kranke war ruhig, ordentlicher, körperlich und geistig gebessert.

Periodische Manie; ein Mann, 49 Jahre alt. Seit 25 Jahren von Zeit zu Zeit heftige, obgleich kurze Paroxysmen von Tobsucht, die, so weit sich nachweisen liess, immer plötzlich anhoben und aufhörten. Während derselben war der Kranke ungemein laut, heftig, zerstörungssüchtig und schmutzig. In den Zwischenzeiten, die gewöhnlich 2 oder 3 Monate dauerten, war er ganz gesittet, fleissig und in nützlicher Weise thätig.

Er nahm Bromkali in gewöhnlichen Dosen, mit dem eigenthümlichen Erfolge, dass die Paroxysmen mässiger, aber länger wurden. Obgleich störend und unruhig, war er doch erträglich; aber er schien konfuser und mehr von Sinnen. So blieb er fast 4 Monate, während die gewöhnliche Dauer der Anfälle nur 10 oder 14 Tage betrug.

Epileptische Manie. Ein magerer, skrophulöser junger Mann, mit ausgebreiteter Caries des einen Schenkels. Seit mehren Jahren epileptische Manie. In Pausen von 2 oder 3 Wochen wurde er reizbar, war beständig in Bewegung, fluchte, war übelgelaunt, beklagte sich, quälte andere Kranke und konnte durch keine Mittel, sei's ein moralisches oder ein psychisches, beruhigt werden. Brom-Ammonium dreimal täglich Gr. 10. — Erfolg sehr befriedigend. Ohne Abnahme der Ernährung oder Verschlechterung des Aussehens ist Patient [illegible]t weniger reizbar und nicht mehr quälerisch.

Vf. erwähnt, dass noch in mehren andern gewöhnlichen Fällen von Mania epileptica ein oder das andere Bromid mehr oder weniger gute Dienste leistete, nach einen Monat langer Anwendung, und dass die guten Wirkungen noch bis heute, nach zwei Monaten sichtbar waren.

Subakute Manie. Eine Frau, 45 Jahre alt, sehr unstät, unfähig, nur wenige Minuten ruhig zu stehen oder zu sitzen; die Augen sind beständig in rollender Bewegung, die Sclerotika stark injizirt, das Gesicht geröthet, der Kopf heiss, Pupillen eng, Stuhl träge, Catamenien regelmässig. Patientin spricht zu Zeiten verwirrt, stets rasch und in eigenthümlicher konvulsivischer Weise. Sie scheint sich ihrer Störung bewusst zu sein. Sie ist ohne Ruhe und Schlaf, zerstört ihre Kleider. Oeftere Klagen über heftigen Kopfschmerz.

Purgantia und Diuretica waren reichlich angewandt, ferner kalte Umschläge auf den Kopf und Rücken, auch Gegenreize Danach wohl einige Minderung des Kopfschmerzes, aber keine Ruhe bei Tag oder Nacht. Morphium verschlimmerte die Leiden; Hyosciamus in vollen Dosen brachte etwas Linderung.

Bromkalium in Dosen von Gran 10 wirkte entschieden günstig, verminderte alle Symptome der Kopfkongestion, beseitigte vollständig den Kopfschmerz, brachte Schlaf und stellte die natürliche Heiterkeit wieder her.

Betreffs der Wirkung der Bromide in der Epilepsie lauten die Berichte verschieden. Die Versuche des Verf. zeigen, dass sie *temporär* die Zahl der Anfälle vermindern; aber da in Folge dessen die geistige Aufregung zunahm, so vermindert das den Werth dieser Medikamente in der Behandlung der mit Irresein verbundenen Epilepsie

In folgender Tafel sind die epilept. Anfälle im April, Mai und Juni bei sieben Kranken verzeichnet. Im Mai nahmen sie das Bromid.

Fall.	April.	Mai	Juni.
A	39	32	43
B	41	38	46
C	13	9	11
D	6	1	6
E	7	9	10
F	9	4	9
G	6	3	4

Brom-Cadmium ist in 11 Fällen von Manie versucht worden, um die heftige zeitweise Aufregung zu mässigen. Eine einzige Gabe von 1 Gran wirkte sehr rasch und heftig, verursachte reichliches Erbrechen, starke Darmentleerung und eine geistige Beruhigung, die in zwei Fällen der Depression nahe kam. Diese verschwand übrigens in wenigen Stunden.

Journ. of Mental Science 1865, October p. 363.

Auch in Frankreich haben die Bromide bei der Behandlung von Neurosen, Konvulsionen, Kopfschmerz, Schwindel, Veitstanz, Eklampsie, Epilepsie etc. Aufnahme gefunden.

Besnier theilt aus dem Hospital Saint-Louis folgenden Fall mit.

M. 40 J. alt, stürzt vor 6 Monaten zum ersten Male auf dem Boulévard nieder. Seine Gesundheit war gewöhnlich eine gute. Aber seit 2 Jahren von seiner Frau getrennt wurde er düster und verdriesslich. Der zweite Anfall erfolgte 6 Monate nach dem ersten, die späteren traten ungefähr alle Monate ein. Die verschiedensten Mittel brachten nur unbedeutende Erleichterung. Die Anfälle traten schliesslich fast in jeder Woche ein. Sie kündigten sich an durch ein Gefühl eisiger Kälte am Knie und wurden sehr heftig. Häufig verletzte sich der Kranke bedeutend. Heftiges Delirium folgte, und nach 1/4 Stunde Schläfrigkeit. *Bazin* wandte Bromkalium an. Nach den ersten Dosen hörten die Anfälle vollständig auf. Nach 5 1/2 Monaten, als dieser Fall in der Gazette des Hôpitaux mitgetheilt wurde, waren sie noch nicht wieder eingetreten.

Bazin theilt noch zwei andere Fälle aus seiner Privatpraxis mit, in denen er mit Bromkalium ebenso glücklich war.

Formel: Bromkalium, 20 Gramm.
Aq. destillat. 300 „ } (dr. 5 unc. 9 1/2).

Ein Löffel voll Morgens und Abends, in Zuckerwasser oder Wein; alle 5 Tage ein Löffel voll mehr. Nach einer gewissen Zeit geht man wieder herunter. Für Kinder, je nach dem Alter, 1/2, 1/3, 1/4 der Dosis.

Journal de Méd. Mentale July 1865.

Ebendaselbst wird die Heilung eines Veitstanzes durch Bromkalium mitgetheilt.

Foville dagegen versichert, nachdem er lange Zeit mit dem Mittel Versuche angestellt, dass er keinen dauernden Nutzen davon gesehen. Er hat es in alten, eingewurzelten und auch in jüngeren Fällen ange-

wandt. Während 3—6 Monaten wurden täglich 3—6 Gran Bromkali genommen. In drei Fällen trat in der ersten Zeit eine Verminderung der Zahl der Anfälle ein, doch nahm die Krankheit bald wieder ihren früheren Gang an. In keinem Falle wurde das Leiden dauernd unterbrochen.

Ibid. Septbr.—Oct. 1865.

Reynolds *) in London wendet Bromkali in Dosen von 5—15 Gran an; der Eintritt der Konvulsionen soll verzögert werden.

J. Crichtown Browne wandte das Bromkali in 43 Fällen an, 10—40 Gran zweimal täglich; am günstigsten 20—25 Gran zweimal täglich.

1. Es mildert die Heftigkeit der Konvulsionen als krankhafter Reflexwirkungen in Folge von Störung in der Med. obl.
2. Es übt in gewissen Fällen einen beruhigenden Einfluss auf das Herz aus.
3. Es setzt die Heftigkeit der Krämpfe, des Zitterns und anderer durch geistige oder körperliche Erregung verursachten Reizungszustände des Nervensystems herab.
4. Es wirkt als Anodynum, indem es in gewissen Fällen Hyperästhesien mildert.
5. Es bewirkt Schlaf. In 12 Fällen von Schlaflosigkeit sah *Br.* 8mal Erfolg; in 10 anderen, wo das Mittel wegen anderer Krankheitszustände (Manie, Melancholie, Epilepsie, Dyspepsie) gegeben war.
6. Es übt einen beruhigenden Einfluss auf die Geschlechtssphäre aus (im Widerspruch mit *Williams*).

Br. erzielte dadurch Besserung bei Melancholie, Selbstmordsucht, Hypochondrie und anderen Geistesstörungen.

Wir haben hier durch Mittheilung eines Theiles der uns bekannten Bemerkungen über die Bromide die Leser auf diese neuen Mittel aufmerksam machen wollen, ohne uns zu verhehlen, dass, wenn sie auch bei uns, wie in England und Frankreich, modern und populär werden sollten, dennoch in späteren Jahren ihr Ansehen wieder bedeutend sinken wird, um sehr wahrscheinlich andern Agentien Platz zu machen.

---

*) Epilepsie, Symptome, Behandlung etc. Deutsch von Dr. Beigel, Erlangen, 1865.



Aber man muss Alles versuchen. Wenn dabei der natürliche, durch Medikamente nicht beeinflusste Gang und Verlauf der Neurosen genau im Auge behalten wird, wenn man namentlich nicht den Einfluss anderer, *neben* dem Medikamente wirksamen Umstände vergisst, so wird man von Täuschungen möglichst frei bleiben. Einzelne Beobachtungen sind leicht, aber Erfahrungen schwer zu machen. Wir sind gleichwohl nicht der Meinung, dass es gar keine Arzneistoffe gebe, welche die verschiedenen Neurosen zu heilen im Stande sind. Wir richten daher an unsere Fachgenossen und praktische Aerzte die Bitte, uns ihre Beobachtungen resp. Erfahrungen über die Wirkung der Bromide für dieses Blatt zugehen zu lassen.

Ein Fall von Erotomanie.

Derselbe führte zu einem skandalösen Prozesse mit verschiedenen Instanzen. Es handelt sich um eine ungerechte Sequestration einer Irren.

Mad. X. verfolgte Herrn Charles mit ihren Zudringlichkeiten; Damen, die sie für seine Maitressen hielt, griff sie auf die skandalöseste Weise an. Nachdem sie eine derselben auf offener Strasse insultirt und ihr das Kleid zerrissen hatte, wurde sie eingesperrt. Mad. X. lebte auf ihrem Zimmer eingeschlossen. Niemand betrat dasselbe; sie duldete nicht, dass man das Gemach und das Geschirr reinigte. Sie selbst kaufte sich Eier und Brod, ihre ausschliessliche Nahrung. Rührte man daran, so liess sie dieselbe stehen.

Die mit der Untersuchung ihres Geisteszustandes beauftragten Sachverständigen verwunderten sich am meisten über die ausserordentliche Unsauberkeit ihres Zimmers. Die Unterhaltung mit ihr drehte sich fast allein um Herrn Charles. Betreffs ihrer Leidenschaft für ihn drückte sie sich mit grosser Lebhaftigkeit aus. Briefe waren gewechselt worden, sie las sie vor. Die Charles' waren nur höflich, ausweichend; die ihrigen bezeichneten Uebertreibung der platonischen Gefühle und krankhafte Ueberreizung. Diese Erotomane war übrigens 58 Jahre alt.

Das Asyl heilte sie nicht. Man wich ihr aus, weil sie fortwährend ihre Liebesgeschichte vorbrachte.

Von allen Seiten bestätigten die Erkundigungen die Ansicht, die man aus ihren jüngsten Handlungen gewonnen hatte. Ihr Leben war

nur ein Gewebe von Excentrizitäten. Sie wurde von ihrem Vater enterbt, sie quälte ihren Mann, sie vernachlässigte ihre Kinder; ihr eigner Bruder schrieb an den Neffen: „Deine Mutter hätte vor zehn Jahren schon interdicirt werden sollen; sie ist eine Wahnsinnige, glaub es mir.“

Seit langer Zeit verlangte Mad. X. von ihren Dienstboten unter den nichtigsten Vorwänden, dass sie während jeder Mahlzeit sich 5, 6mal die Hände wuschen. Ebenso verlangte sie es von ihren Kindern. Im höchsten Grade eifersüchtig, verkleidete sie sich als Mann, um ihrem Manne in grösserer Nähe folgen und ihn überwachen zu können. Er war Beamter. Sie war ehrgeizig. Um seine Beförderung zu bewirken, machte sie so unpassende und unverständige Gesuche, dass er, anstatt befördert zu werden, worauf er Anspruch gehabt hätte, verabschiedet wurde; bald darauf starb er apoplektisch.

Nach seinem Tode sucht Mad. X. eine Audienz beim Staats-Oberhaupt nach, die ihr bewilligt wurde. Aber bei einem vorhergehenden Besuche beim Minister benimmt sie sich so auffallend, dass sie nicht vorgelassen wird.

Hr. Charles, der Nachfolger ihres Mannes, glaubt der Wittwe einen Besuch abstatten zu müssen. Von diesem Augenblicke datirt ihre romanhafte Leidenschaft und heftige Eifersucht. Der Geliebte fasst die Sache zuerst als Scherz auf, aber bald hat er die unleidlichsten Quälereien zu erdulden. Sie erspäht seine Handlungen und Geberden, insinuirt sich bei seinen Bekanntschaften, hängt sich an die Schritte der Damen, welche sie für ihre Nebenbuhlerinnen hält und behauptet, ihrem Recht und ihrer Pflicht nachzukommen, wenn sie über Hr. Charles' Aufführung wache und ihn nöthige, auf guten Wegen zu bleiben.

Von Toulon wird Charles in's Ausland geschickt. Dort empfängt er eine Masse anonymer Briefe, voll von moralischen Rathschlägen. Woher kommen sie? Ein Brief ist von Mad. X. unterzeichnet, und die übersympathischen Aeusserungen desselben lösen ihm das Räthsel. Umsonst bemüht er sich, sie von ihrem Irrthum abzubringen; sie bleibt dabei. Er kommt nach Marseille. Mad. X. miethet daselbst eine schlechte Wohnung und beginnt ihre Umtriebe aufs Neue. Charles begegnet ihr stets auf der Strasse. Durch Bestechungen sucht sie die Diener des Hauses zu Spionen zu machen. Eines Tages steigt sie mit dem Kutscher auf den Bock seines Wagens. Ein anderes Mal macht sie auf öffentlicher Strasse den hohen Beamten herunter und lässt die ganze

Gesellschaft, die da war, die Briefe von ihm lesen. Diese Scenen führen vor vier ehrbaren Zeugen eine Erklärung herbei. Charles erklärt ihr in rauhen, gebieterischen Ausdrücken, dass er nie an sie gedacht habe. Dennoch bleibt sie überzeugt, dass sie von ihm geliebt werde. Sie setzt ihre Verfolgungen fort, die zu einem Ausbruch von Brutalität und Gewaltthat führen, der die Behörde zwingt, ein ärztliches Gutachten einzuholen und die Sequestration der Mad. X. zu verfügen.

Wenn je, so war in diesem Falle das erotomanische Irresein deutlich. Ein Irrenarzt würde die Dame für unzurechnungsfähig erklären. Die Gerichtshöfe konnten sie nach dem Gesetz nicht verurtheilen. Aber die Gesellschaft und die Familie der Dame musste vor ihren Verirrungen und Wuthausbrüchen geschützt werden. Die durch die Behörde getroffene Massregel war also motivirt und zweckgemäss, da Mad. X. auf offenbarer That des Wahnsinns ergriffen worden war. Der Antrag auf Interdiction wurde von den Richtern zurückgewiesen; sie hätte aber durch Ernennung eines richterlichen Beirathes (Conseil judiciaire) ersetzt werden müssen. Gesetzt Herr Charles wäre ein Intriguant und nicht ein rechtschaffener Mann gewesen, wie hätte er nicht das Vermögen und die Familie der Unglücklichen benachtheiligen können!

Voisin, Parchappe und ich wurden vom Gerichtshof zur Untersuchung einer Dame berufen, die ihre Kinder interdiciren lassen wollten. Ein entfernter ihr unbekannter Verwandter wird von den Kindern, die sie nicht sehen wollte, zu ihr geschickt, um ihre Absichten zu erforschen. Als sie zusammen frühstückten, bietet sie ihm unter dem Versprechen grosser Vortheile die Heirath an. Man hatte gefürchtet, dass sie ein Gut von ungefähr 150,000 Fr. veräussern würde.

Wir kamen dahin überein, und der Gerichtshof theilte diese Ansicht, dass sie in Freiheit leben könne, dass aber mit Rücksicht auf ihr Interesse ihr ein Kurator beizugeben sei.

Journal de Méd. mentale 1866 No 9.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 3. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Motivirtes Gutachten über den psychischen Zustand der Wittwe B. aus E. Ist Nic. Hampel und seine Tochter Catharina geisteskrank? (Schluss.)

Motivirtes Gutachten

über den psychischen Zustand der Wittwe B. aus E.

I. Geschichtserzählung.

Die Wittwe B. geb. A. ward im J. 1802 zu E. von schlichten, der Arbeitsklasse angehörigen Eltern geboren, welche an der Schwindsucht gestorben sein sollen. In der Familie sollen mehrere mit wenigen Geistesanlagen begabte Personen gewesen sein, die etwas „Geflapptes“ an sich gehabt. Auch die B. soll geringe Geistesanlagen gehabt haben, so dass sie erst mit dem 16. Jahre die Schule verliess. Sie war in Folge von Rachitis skoliotisch geworden, und ihre körperliche, wie geistige Ausbildung zurückgeblieben. Schon in ihrem 17. Jahre wurde sie noch vor vollendeter Pubertät auf Antrieb ihrer Eltern, nicht aus Neigung mit einem alten begüterten Manne, v. D. verheirathet. Man sagt von ihr, dass sie in der ersten Zeit ihrer Verheirathung noch mit den Kindern gespielt habe. Diese Heirath konnte auf ihren zurückgebliebenen körperlichen und geistigen Zustand nicht ohne nachtheiligen Einfluss bleiben. Sie verlor bald ihren Ehemann, der mit ihr keine Kinder erzeugt hatte, und heirathete in ihrem 20. Lebensjahre mehr aus Neigung einen Mann, Namens J. B., mit welchem sie glücklich lebte und dem sie zwei

Töchter gebar; die jüngere starb 16 Wochen alt. Aber auch dieser Ehemann starb nach einigen Jahren und es blieb ihr die einzige Tochter, an welcher sie mit grosser Liebe hing. Sie zog mit ihrer Tochter zu ihrer mit N. verheiratheten Schwester, gab ihre Haushaltung auf dem Gute W. auf und überliess die Verwaltung ihrem Schwager, hat jedoch später mit ihrem Schwager und ihrer Schwester dasselbe wieder bewohnt. In ihrem Alltagsleben dahin lebend, um ihre Vermögensumstände sich nicht bekümmernd, überliess sie in anscheinender Einfalt die Sorgen für die Verwaltung ihres Vermögens einer für sie und ihre Tochter angeordneten Vormundschaft (Verwandten). Im Jahre 1837, in ihrem 35. Lebensjahre, verlor sie nun auch ihre 17—18jährige einzige Tochter. Die Folge davon war Schwermuth mit wahnsinnigen Ideen und Hallucinationen. Alle Zeugen stimmen meist darin überein, dass namentlich seit dieser Zeit die schon bestandene geistige Schwäche nunmehr bei ihr in einem auffallenden Grade aufgetreten sei. Sie wusch längere Zeit ihre Hände nicht, damit der Geruch ihres Kindes an denselben bleibe, erwartete, dass ihre Tochter wieder käme, setzte sich in der Kälte vor der Thüre, um sie zu erwarten, wollte selbst den Todtengräber zur Herausgabe ihrer Tochter bewegen, machte Jahre lang das Bett für sie, erwärmte es in dem Wahne, dass sie wieder käme, empfing einmal vor ihrer Thüre mit offenen Armen den Zeugen, ihn für ihre Tochter haltend. Dass zu dieser Zeit eine bedeutende Geistesstörung, Wahnideen mit Hallucinationen vorhanden gewesen, ist hinlänglich konstatirt. Nach dem Tode der Tochter hörte die Vormundschaft über ihr Vermögen auf und ging die Verwaltung wieder auf sie zurück. Sie schien sich aber nun weiter um ihre Vermögensumstände gar nicht zu bekümmern, überliess sich dem Alltagsleben und ihre Vermögens-Verwaltung ihrem Schwager und ihrer Schwester. Ihr Schwager N. starb, und die Schwester heirathete dann einen Müller W. Unterm 25. Mai 1850 übertrug die B. nun ihrer Schwester und dem W. ihr Vermögen, behielt sich jedoch den lebenslänglichen Niessbrauch und ihre lebenslängliche Unterhaltung bei ihnen vor. Der Fertiger dieses Kontraktes, Notar H. zu A. bezeichnete die Kontrahenten als dispositionsfähig.

Die Ehe des W. war kinderlos geblieben und W. starb später. Es heirathete dann die Wittwe, Schwester der B., einen H. S., sie schlossen einen Erbvertrag, auf Grund dessen der längst lebende der Ehegatten den zuerst verstorbenen beerben sollte. Da nun die Schwester,

Ehefrau S. starb, und über die Rechtsbeständigkeit des Erbvertrages Zweifel entstehen konnte, wurde zwischen der Wittwe B. und dem S. am 25. September 1860 vor dem Notar F. aus A. ein fernerer Vertrag dahin geschlossen, dass die Wittwe B. ihrem Schwager S. ihr ganzes Vermögen nach dem Uebertrags-Kontrakt vom 25. Mai 1850 übertrug, wogegen der S. die erwähnten Verbindlichkeiten zu übernehmen und ein Taschengeld von jährlich 5 Thaler zu geben sich anheischig machte.

Die Wittwe B. war unter Beistand des Lehrers H. erschienen; der Notar hat die kontrahirenden Personen im Allgemeinen als dispositionsfähig erkannt, mit der Wittwe B. eine Unterredung angeknüpft und bemerkt, dass sie, wenngleich sie einige Schüchternheit gezeigt, doch bei völlig gesunden Geisteskräften und ein Rechtsgeschäft vorzunehmen befähigt gewesen. Im Jahre 1860 ward nun von näheren Verwandten der Wittwe B. beim Kreisgericht zu A. eine Provokation wider dieselbe auf Blödsinnigkeits-Erklärung eingereicht, welche auch durch Erkenntniss des Königl. Kreisgerichts zu A. vom 24. Juni 1861 erfolgt und von dem K. Appellationsgericht zu M. unterm 8. Okt. 1863 bestätigt ist. Als Sachverständige bei der Blödsinnigkeitserklärung der B. hatten in dem ersten Explorationstermin am 15. Februar der Kreisphysikus Dr. *A.* und der Dr. *V.* ihr Gutachten dahin abgegeben, dass die Provokatin die Folgen ihrer Handl ungen zu überlegen nicht im Stande und im gesetzlichen Sinne als blödsinnig zu erachten sei. Von der Gegenpartei wurde gegen dieses Gutachten appellirt und 2 Gutachten von Dr. *D.* und Dr. *W.* eingebracht. Die beiden ersten Aerzte nehmen bei der B. im Allgemeinen eine Seelenstörung und insbesondere einen gewissen Grad von geistiger Schwäche an, auch Dr. *W.* bezeichnet diese näher als Dementia senilis, nimmt aber nur an, dass die B. nur zeitweise nicht im Stande sei, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen. Dr. *D.* ist aber der Meinung, dass die B. nicht als blödsinnig zu erachten sei, nimmt das Vorhandensein einer geistigen Schwäche nur in einem geringen Grade an und in ursächlicher Verbindung mit dem Alter. Zu einem nun dieserhalb anberaumten Explorationstermin am 11. April 1862 waren Dr. *D.*, *W.* und Medicinalrath *F.* als Sachverständige vorgeschlagen. Dr. *F.* gab sein Gutachten dahin, dass die Provokatin nicht im Stande sei, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen, mithin blödsinnig sei, Dr. *D.*, dass sie an einer gewissen Verstandeschwäche leide, aber im Stande sei, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen und im Sinne des Gesetzes

nicht blödsinnig sei. Dr. *W.*, welcher diesem Termin nicht hatte beiwohnen können, gesellte sich zu einem dessfallsigen Explorationstermin am 15. Mai 1862. Er erklärte die auch früher bei der Provokatin während des Explorationstermines stattgefundenen Selbstgespräche und ihre Inkohärenz als Mangel an Besonnenheit und Spontaneität und als Symptome mangelhafter geistiger Energie, bezeichnete die Schwäche des Gehirns aber mehr als eine temporäre und partielle und als eine solche, dass Provokatin die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen *nicht immer* vermöge. Es wurde sodann ein Superarbitrium des Königl. Medicinal-Kollegiums zu M. eingeholt, welches in dem Gutachten vom 18. April 1863 die Provokatin auch als ausser Stande, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen, ergo für blödsinnig erachtet.

Endlich ward noch ein Ober-Gutachten von der Königl. wissenschaftl. Deputation extrahirt, welches am 5. Aug. 1863 die Wittwe B. ebenfalls als blödsinnig im Sinne des Gesetzes erachtet. Das Königl. Appellationsgericht zu M. bestätigt sodann unterm 8. Oktober 1863 das Erkenntniss des Königl. Kreisgerichts zu A. vom 22. Juni 1861 in Betreff der Blödsinnigkeits-Erklärung der Wittwe B. In Folge dessen erhob der der Wittwe B. früher angeordnete Vormund N. gegen den H. S. eine Klage auf Ungültigkeits-Erklärung der beiden Verträge vom 25. Mai 1830 und 28. Sept. 1860 mit der Behauptung, dass die Wittwe B. bereits zur Zeit des Abschlusses dieser Verträge blödsinnig gewesen, führt dagegen die Gutachten der Experten sowie des Königl. Medicinal-Kollegiums und der wissenschaftlichen Deputation an, nach welchen der im Jahre 1837 erfolgte Tod der Tochter R. als die nächste Ursache der Geistesstörung der Wittwe B. zu erachten und diese schon damals eingetreten sei. Es wurden verschiedene Zeugen vorgeschlagen, welche eine frühere Geisteskrankheit der B. bekunden, und als Sachverständige Kreisphysikus Dr. *A.* und Medicinalrath Dr. *F.* am 15. Sept. 1865 vernommen. Dieselben gaben ihr Gutachten dahin ab, dass die B. vom Jahre 1837 ab fortwährend an Geistesschwäche leidend und nicht im Stande gewesen, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen. In Folge dessen erklärte das Kgl. Kreisgericht zu A. unterm 11. resp. 25. Nov. 1865 die oben bezeichneten Verträge für ungültig. Gegen dieses Erkenntniss wurde am 12. März 1866 Appellation eingelegt, und das Königl. Appellations-Gericht requirirte unter dem 2. Juni 1866 die von beiden Partheien vorgeschlagenen

Sachverständigen zur Abfassung von Gutachten. Auch mir wurde die Frage vorgelegt:

ob die Wittwe B. zur Zeit resp. beim Abschlusse der Verträge vom 25. Mai 1850 und 25. Sept. 1860 blödsinnig gewesen sei und die Folgen ihrer Handlungen nicht habe überlegen können.

II. Gutachten.

So wenig zweifelhaft es auch mir ist, dass die B. nach dem Ergebnisse der Explorationstermine für blödsinnig erklärt werden musste, so klar es nach den Zeugen-Aussagen ist, dass sie nach ihrem zweiten Wochenbett (etwa im Anfang der 20ger Jahre) zuerst, dann in verschiedenen spätern Zeiten ebenfalls geisteskrank sich erwiesen, so wenig finde ich in den Akten und insbesondere in den Zeugenaussagen sichere Anhaltspunkte dafür, dass die B. auch in den Zwischenzeiten und namentlich zur Zeit der Abschliessung der Verträge irre war. Ich bin mit allen Gutachtern darin einverstanden, dass es sich um ein Individuum handelt, welches erblich oder angeboren schwach begabt ist, ein in hohem Grade widerstandloses Gehirn, grosse Unselbstständigkeit, einen reizbaren Charakter besass; es schliesst dies jedoch nicht aus, dass diese psychische Konstitution (abgesehen von den konstatirten Zufällen von Irresein) sich noch innerhalb der Grenze eines relativ normalen Seelenlebens bewegte. Ist es schon öfter schwer, wenn nicht unmöglich, in einem gegebenen, der unmittelbaren Anschauung und Untersuchung unterbreiteten Falle die Grenze zu ziehen zwischen normaler Geistesarmuth und pathologischem Schwachsinne, so wächst diese Schwierigkeit in gewissen Fällen in unübersteiglicher Weise, wenn aus Aktenstücken geurtheilt, oder gar ein Zustand aus längstvergangenen Jahren in Erwägung gezogen werden soll. Diese Schwierigkeiten sind aber nicht zu bewältigen, wenn, wie hier, das gegebene Material aus jener Zeit — hier einzig und allein Zeugenaussagen von Laien und zwar sich widersprechende Zeugenaussagen — durchaus ungenügend ist.

Was das vorliegende Material betrifft, so ist dasselbe Folgendes:

Die Zeugin G. konstatirt, dass die B. nach dem zweiten Wochenbett (Anfangs der 20ger Jahre) schwach im Kopfe war, religiöse Skrupel äusserte, bewacht, zur Kirche begleitet werden musste, kindisch sich betrug, aus der Messe lief, dem Pastor die Thür wies. Gleichwohl hält

sie dieselbe nach Laienart nicht für „unklug“, was sie jedoch unzweifelhaft war.

Aus dem Jahre 1828—29 berichtet der Zeuge S., um diese Zeit Knecht im Hause der B., dass letztere damals ebenfalls offenbar irre war. Sie war auffallend in ihrem Wesen, lachte viel vor sich hin, arbeitete nicht, sass allein in der Küche, kaute ihr Haar, trieb Narrheit; ihr Scwager N. drohte ihr oft, sie einzusperren.

Die Zeugin N. seit 1840 5 Jahre in B.'s Hause, sah einmal, dass die etc. B. eine Schürze zerriss und nach dem Kirchhofe hingesehen habe, im Uebrigen hielt sie sie für vernünftig.

Aus dem Jahre 1845 etwa berichtet die Wittwe W., damals Magd bei der B., dass sie öfter ein Kissen des Abends vors Bett gelegt und auf ihre Frage, was das bedeute, die Antwort gegeben habe, „die R.“ (ihre verstorbene Tochter), sonst habe sie nichts Unkluges an ihr bemerkt.

Circa 10 Jahre später, um 1854 oder 1856, berichtet der K.. die B. habe eine Stute gemolken und ihn von der Milch trinken lassen wollen.

1853 soll Provokatin nach Aussage der Frau S. noch so gewesen sein wie früher.

1860 kurz vor Aufnahme des Vertrags, legte sie ein Kissen aufs Fenster, damit die R. darüber kommen sollte.

Zeuge S. hat in den letzten Jahren nur Eigensinn und Reizbarkeit an der B. bemerkt.

Andere Zeugen aus verschiedenen Zeiten, haben nichts Auffallendes gesehen.

Männer von Bildung, Notare, Gerichtspersonen, haben zu verschiedenen Zeiten gerichtliche Akte mit der Provokatin vorgenommen und sich in längeren Unterredungen von ihrer geistigen Gesundheit überzeugt.

Schliesslich wurde Provokatin am 22. Juni 1861 für blödsinnig erklärt, und das Erkenntniss am 8. Okt. 1863 bestätigt.

Dies ist in Kürze das Material, aus welchem die eben gestellte Frage beantwortet werden soll.

Es können nun hier meines Erachtens drei Möglichkeiten vorliegen:

1) Entweder die B. war seit den 20ger Jahren, oder, wie meist angenommen wird, seit dem Jahre 1837, dem Tode ihrer Tochter R. *kontinuirlich geisteskrank* oder sie war

2) regelmässig *periodisch irre* oder

3) sie erlitt nach gewissen äussern Anlässen seit den 20ger Jahren *mehre Rückfälle* und war in der Zwischenzeit in ihrem relativ normalen psychischen Zustande.

Für die erste Möglichkeit geht aus den Zeugenaussagen nichts Bestimmtes hervor.

Die Zeugin G. sagt zwar aus, nachdem sie ein Irresein der B. beim zweiten Wochenbette konstatirt hat, dass die Frau S. im Jahre 1853 auf ihre Frage, wie es der B. ginge, erzählt habe, „es gehe noch immer so hin wie früher" und man könnte hieraus den Schluss ziehen, dass die B. im Jahre 1853 gleich wie früher stets irre gewesen. Es scheint mir jedoch diese unbestimmte Aeusserung einer Frau nicht beweisend für ein fortwährendes Irresein der B., da sie sich sowohl auf den Charakter und das Verhalten der B. im Allgemeinen, auf ihre Reizbarkeit und ihr eigensinniges Wesen beziehen könnte; es steht ja auch nicht fest, dass die Frau, welche jene Aeusserung gethan, die B. für irre hielt, und die G. hat sie bekanntlich ebenso wenig für unklug gehalten.

Die übrigen Zeugen geben nur Symptome von Irresein — allerdings einzelne dazu noch in sehr ungenügender und unbestimmter Weise — aus verschiedenen, sehr weit aus einander liegenden Zeiten an, — ich wenigstens bin durchaus der Ansicht, dass die Angaben der W., der S., der K., der T., auf ein Irresein der B. zu beziehen sind, obwohl diese Zeugen theilweise angeben, man habe die B. doch nicht für unklug halten können. Die Erfahrung lehrt nämlich, dass es für den Laien, namentlich aus dieser Volksklasse sehr prägnanter und drastischer Zeichen von Irresein bedarf, ehe er ein wirkliches Irresein annimmt, und dass gerade die Form des Schwachsinns diejenige ist, bei welcher derartige Zeichen für den oberflächlichen Beobachter am wenigsten hervortreten und die Grenze desselben und der relativ normalen geistigen Beschränktheit am schwersten zu ziehen ist. Ich bin indessen nicht im Stande, aus diesen, so weit aus einanderliegenden Angaben ein fortwährendes Irresein herzuleiten.

Die Thatsache der Uebertragung des Vermögens der Br. an ihre Schwester resp. Schwager im Jahre 1850 ist verschieden beurtheilt worden. Ein Theil der Gutachter sieht darin eine in den Verhältnissen richtig begründete und überlegte Handlung, ein Theil will darin schon ein Symptom des Blödsinns der B. erkennen. — Diese letzte Ansicht kann ich nicht theilen. Die B. kann meiner Ansicht nach diesen Akt

vorgenommen haben, ohne an Blödsinn leiden zu müssen. Denn erstlich sind derartige Uebertragungen häufig, dann mochte die B. ihre Unfähigkeit fühlen, einem grossen Gute vorzustehen und es mit Vortheil zu verwalten — eine Erfahrung, die sie durch das stete Zurückgehen ihrer Vermögensverhältnisse vor dem Uebertrag schon gemacht hatte; sie, die allein da stehende, mochte den Wunsch haben, sich eine gesicherte, sorgenlose Zukunft zu bereiten und konnte diesen Zweck durch den Uebertrag wohl erreichen, und es lässt sich daher meiner Ansicht nach aus diesem Akte wenigstens nicht auf Blödsinn bei der B. schliessen.

Es ist ausserdem als Beweis der kontinuirlichen Geisteskrankheit der B. von anderer Seite geltend gemacht worden, dass Seitens der B. nirgends ein Anerkenntniss ihres Irreseins stattfinde, dass dies jedoch ein charakteristisches Zeichen der Genesung sei und die B. daher als kontinuirlich irre, wenn auch in Remissionen und Exacerbationen, zu betrachten sei, weil eben, falls eine Genesung, eine von Geisteskrankheit freie Zeit stattgefunden hätte, jenes charakteristische Zeichen, das Anerkenntniss des Irreseins, Seitens der B. irgend wo hervorgetreten sein müsste. Dieser Grundsatz ist im Allgemeinen richtig, und er wird, so viel ich weiss, auch von den Irrenärzten im Allgemeinen festgehalten, dennoch ist derselbe, meiner ganz bestimmten, öfter gemachten und auch von andern Irrenärzten bestätigten Erfahrung gemäss, nicht überall stichhaltig. Nicht alle Wiedergenesen erkennen ihre Krankheit völlig an oder, besser, sind im Stande, sie anzuerkennen. — Die Ursachen dieses Nichtanerkennens sind verschieden. Entweder liegt nämlich offenbar ein eigentliches Vergessen vor, die Krankheit liegt hinter den Kranken wie ein dunkler Traum, eine schwache Erinnerung daran, an einzelne Vorgänge, an Hallucinationen, an Stimmungen mag kurze Zeit vorhanden gewesen sein, sie wird aber verwischt durch die Vorgänge der Gegenwart und die unmittelbare Einwirkung der jetzt um so kräftiger wirkenden Eindrücke des gesunden psychischen Lebens. Die Erinnerung wird verwischt wie ein Traum, welchen wir auch nach einer Stunde völlig vergessen haben. — Dann aber, und diess mag der häufigste Fall sein, kommt das Anerkennen nicht leicht vor bei mehr oder weniger schwachbegabten Personen, welche sich wohl der Vorgänge des Irreseins erinnern, wenn auch vielleicht nur dunkel, diese aber entweder in abergläubischer oder beschränkter Weise deuten und nicht selten für wirkliche Vorkommnisse und Frlebnisse halten, z. B. Hallucinationen,

krankhafte Stimmungen, welche falsch, d. h. als auf thatsächlichen Verhältnissen beruhend gedeutet werden, während sie nur Ausflüsse der Krankheit waren, verkehrte Handlungen, welche in unrichtiger Weise motivirt und als gesunde, folgerichtige und berechtigte dargestellt werden, obwohl sie ebenfalls nur Ausflüsse der Krankheit, eines krankhaften Triebes waren. Endlich aber tritt oft eine falsche Eitelkeit in's Spiel. Die Kranken wollen nicht irre gewesen sein, weil sie, wie leider das allgemeine Vorurtheil ist, das Irresein für einen gewissen Schimpf für einen Makel halten und eine üble Nachwirkung für ihr zukünftiges Leben fürchten. Diese Dissimulation des Wahnsinns könnte ganz wohl auch bei der B. stattgefunden haben, da sie ja ein Interesse daran hat. nicht irre zu erscheinen, es könnte aber auch eine andere der beiden Möglichkeiten vorhanden gewesen sein.

Man hat nun ferner versucht, aus dem ganzen Bilde der B., welches die Akten wiedergeben, aus dem Irresein, in welches sie beim Tode ihrer Tochter R. verfiel, sowie aus dem unverkennbaren Blödsinn, der sich in dem Explorationstermine manifestirte, den Schluss zu ziehen, dass die B. stets oder seit langen Jahren geisteskrank gewesen; man hat den Blödsinn, wie er sich in den Explorationsterminen zeigte, abgewogen und ihn nur als ein Resultat einer langen krankhaften vita ante acta ausprechen zu können geglaubt, man hat einen stets fortschreitenden Verlauf der Geisteskrankheit angenommen, deren Resultat der Blödsinn des Explorationstermins sein sollte. — Ich finde auch für diese Argumentation und diese Ansicht zu wenig feste Anhaltspunkte in den Akten und kann mich auch aus wissenschaftlichen Gründen nicht unbedingt dafür erklären.

Nach den Zeugenaussagen litt die B. seit dem Anfang der zwanziger Jahre zu verschiedenen Malen an Irresein; andere bekunden, dass sie geistesgesund nach ihrer Auffassung gewesen sei. Wenn auch diese letzteren negativen Zeugen-Aussagen gegenüber den positiven nicht massgebend sein können, da immerhin die B. geisteskrank gewesen sein kann, ohne dass dies für jeden Beobachter zu Tage trat, so kann auf der andern Seite doch ebenso wenig aus jenen vereinzelten Zeugen-Aussagen aus verschiedenen Zeiten auf ein *fortwährendes Irresein* geschlossen werden. Der ganze Zeitraum innerhalb welchem die B. verschiedenen Zeugen irre erschien, umfasst ca 40 Jahre, von den 20ger bis zu den 60ger Jahren. Die Zeugen erscheinen allerdings aus den verschiedensten

Epochen dieses Zeitraums herausgegriffen, und es scheint somit die Berechtigung vorzuliegen, aus diesen Angaben so verschiedener Zeiten auch auf die Zwischenzeiten einen Schluss zu ziehen. Es spricht jedoch gegen diese Berechtigung der Umstand, dass im Verhältniss zu dem langen Zeitraum zu wenig Zeugen da sind. Man sollte wenigstens annehmen, dass, wenn die B. fortwährend, wenn auch in Remissionen, geisteskrank war, dies eine allgemein bekannte Thatsache gewesen und eine grössere Anzahl positiver Zeugen für ihre Geisteskrankheit hätte aufgebracht werden können. Ich führe dies übrigens nicht im Entferntesten an, um daraus die geistige Gesundheit der B. in den Zeiten zwischen den Zeugenaussagen beweisen zu wollen, im Gegentheil gebe ich die Möglichkeit fortwährend geistiger Erkrankung völlig zu, ohne dass dieselbe brauchte dem grössern Theile des Dorfes sicher bekannt zu sein, allein mit Sicherheit lässt sich doch ein Schluss auf die fortwährende Geisteskrankheit nicht ziehen.

Ebenso unsicher erscheint mir der Schluss aus dem Verlauf und der Form der Geisteskrankheit der B. auf ein fortwährendes Irresein derselben. Im Wochenbett bestand unzweifelhaft eine Melancholie mit Aufregung und, wie es scheint, mit Neigung zur Selbstbeschädigung; vom Jahre 1828—29 (Zeuge S.) ist die Form nicht deutlich erkennbar (wie es scheint tobsüchtige Aufregung); im Jahre 1837, nach dem Tode der Tochter R. war wieder unverkennbar ein mehr melancholischer Zustand mit Sinnestäuschungen vorhanden; in den Explorationsterminen tritt dann ein mehr blödsinniger Zustand zu Tage. Nun ist allerdings der Blödsinn das Endstadium der chronischen Geistestörung, und die Annahme, dass der gegenwärtige psychische Zustand als das Schlussstadium vorausgegangener geistiger Störung zu betrachten sei, hat an sich Nichts, was der Wissenschaft widerspricht, und liegt ganz wohl im Bereiche der Möglichkeit, wenn nicht Wahrscheinlichkeit. Es ist jedoch kein Anhalt dafür da, dass diese vorausgegangene Störung eine kontinuirliche gewesen sein müsse, vielmehr können ebensowohl verschiedene Rückfälle vorausgegangen sein, die in diesem an sich schwach konstruirten Gehirn und bei zunehmender Altersschwäche schliesslich einen blödsinnigen Zustand bedingten, wie er nunmehr vorhanden ist. Mit andern Worten, der Grad des Blödsinns wie er sich im Explorationstermin und um diese Zeit zeigte, kann mir nicht die sichere Ueberzeugung aufdrängen, dass er das Resultat eines fortwährenden und fortgeschrittenen

Irreseins seit langen Jahren sei, um so weniger, als um dieselbe Zeit die B. sich andern Sachverständigen und urtheilsfähigen Leuten sogar als verständig zeigte, und selbst ein Irrenarzt (Dr. W.) sich nur zweifelhaft über den psychischen Zustand aussprechen konnte.

Ich gehe zu der zweiten Möglichkeit über, zu der eines stattgehabten periodischen Irreseins bei der B.

Es ist im Ganzen wenig, was für diesen Zustand spricht.

Das periodische Irresein kehrt wieder in mehr oder weniger regelmässigen Zwischenzeiten, mit mehr oder weniger freien Intervallen, der Regel nach in fast ganz gleicher Form, ohne dass äussere erkennbare Veranlassungen auf den Wiedereintritt des Irreseins eingewirkt haben. Ueber eine derartige Form des Irreseins bei der B. geht nichts Bestimmtes aus den Akten hervor. Zwar konstatiren eine Anzahl Zeugen zu verschiedenen Zeiten ein Irresein, andere bezeugen die geistige Gesundheit; von einer Regelmässigkeit der Wiederkehr, noch weniger von einer Gleichmässigkeit der Form des Irreseins, ist nirgends die Rede; im Gegentheil sind die Zwischenzeiten, von denen Irresein konstatirt ist, sehr unregelmässig, die Form desselben ist eine verschiedene.

Auch hier muss ich indess die Möglichkeit einräumen, dass ein periodisches Irresein, wenn auch vielleicht später, nach dem Jahre 1837, sich entwickelt haben kann, ohne dass dasselbe für die gewöhnliche Beobachtung der Dorfbewohner irgend bemerkbar hervorgetreten wäre. Es kommen nämlich Fälle von sogenannten periodischem Irresein vor, welche nur dem scharfen Beobachter, nur demjenigen, der in täglicher nächster Umgebung des Patienten sich befindet, erkennbar werden. Dies sind Fälle psychischer Störung, bei welcher sich die Exaltation, die eigentliche Störung, in so unmerklicher Weise in einer krankhaften Steigerung des Gedankenganges, des Begehrungsvermögens, der Gemüthsstimmungen, in einer Steigerung oder Aenderung der Neigungen und Gewohnheiten äussert, dass nur dem näher mit der Individualität vertrauten Beobachter der Zustand als ein wirklich krankhafter und von dem gewöhnlichen verschiedener bemerkbar wird.

(Schluss folgt.)

Ist Nic. Hampel und seine Tochter Catharina geisteskrank?

Von Kreis-Physikus Dr Feld in Neuwied

(Schluss.)

Kehren wir zu dem vorliegenden Fall zurück.

Ich behauptete, aus dem Thun und Treiben der Untersuchten müssen sich ihre geistigen Fähigkeiten ergeben. Ohne sich anderweitig umherzutreiben, vielmehr mitten drinn sitzend, lassen sie Hab und Gut, ihren eigenen Körper verkommen. Sie arbeiten nichts, sie beaufsichtigen nichts; es bleibt nur die Annahme, dass sie in dumpfem Brüten ihre Tage verbringen.

Wenn Leute von Jugend auf an häusliche Bequemlichkeit und städtische Sitte gewohnt, in der Weise der wohlhabenden Stände in Gymnasium, Handelsschule und Pension erzogen, und seit Jahren verkommener dahin leben, als der ärmste Taglöhner, so müssen sie in hohem Grade stumpf, d. h. unfähig geworden sein, auf irgend einen Gegenstand hinreichend zu achten, irgend einem Gegenstande hinreichende Aufmerksamkeit zu schenken, irgend etwas von dem, was für sie nähere oder entferntere Bedeutung und Werth haben muss, richtig und lebendig aufzufassen, vorzustellen, d. h. alles muss ihnen werthlos erscheinen. Wem aber alles gleichmässig werthlos geworden ist, der wählt nicht mehr, bei dem entsteht kein Kampf wetteifernder Vorstellungen mehr, d. h. er überlegt nicht mehr.

Oder, wer nicht mehr im Stande ist, in der Weise zu handeln, wie ihm Erziehung und Lebensstellung vorschreiben, bei dem muss angenommen werden, dass (bei Ausschluss aller äusseren Hemmungen) eine innere Hemmung, eine innere Unfähigkeit vorhanden ist, diejenigen Gegenstände und Verhältnisse, zu deren Auffassung und Beachtung er erzogen ist, welche seine Handlungen bisher bestimmt haben, und ferner bestimmen müssten, lebendig aufzufassen, vorzustellen und zu überlegen. Wer aber die Gründe seiner Handlungen nicht mehr überlegen kann, kann auch die Folgen nicht mehr überlegen.

Es ist hier unterschieden zwischen stumpfer und lebendiger Auffassung, Vorstellung. Wie die Gegenstände in einem ununterbrochenen Zusammenhang stehen, so ist die lebendige Vorstellung in demselben ununterbrochenen Zusammenhang mit den entsprechenden anderen Vor-

stellungen. Sie zieht rasch nach sich die Vorstellungen alles dessen, was mit dem vorgestellten Gegenstande in nothwendigem Zusammenhang steht. Die stumpfe Vorstellung erlischt ohne weiteres und bleibt vereinzelt, so lange sie besteht. Die lebendige Vorstellung, sofern ihr Gegenstand eine menschliche Bewegung ist, geht ferner in diese über. Die lebendige Vorstellung bewegt den Menschen; die stumpfe nicht. Das lebendige Vorstellen ist ferner stets mit einem gewissen (mimischen) Muskelspiel verbunden, das stumpfe lässt den Menschen schlaff.

Dieser Zustand des stumpfen Vorstellens nennt man wohl Träumerei; er ist allerdings dem gehemmten Zustand des Schlafens verwandt, und aus ihm erheben sich die Wahnvorstellungen, ähnlich wie im schlafenden die Traumbilder.

Zuerst fasst der Gehemmte die wirkliche Umgebung nicht mehr, und dann brechen die Bruchstücke und Reste früher eingeübten Vorstellens, nicht mehr der beständigen Berichtigung frischer Wahrnehmungen zugänglich, in das wirre Durcheinander des Wahns aus.

Ob es im vorliegenden Fall zum Wahn gekommen ist, wird sich weiter zeigen. Jedenfalls liegt hier vor der Blödsinn im Sinne des Gesetzes. Dafür erklärten sich auch die Dorfbewohner und der Anwalt, dem die Führung der Interdiction aufgetragen war. Von zwei Sachverständigen aber fand einer den Blödsinn nur bei der Tochter, ein anderer bei keinem von Beiden.

Wie kommen sie dazu?

Sie legte den Hauptwerth auf die Unterredung. Mit Hampel und seiner Tochter konnte man nämlich ganz wohl sprechen. Alles, was im Anfange von der Geschichte der Untersuchten gesagt ist, erzählte mir Hampel abwechselnd mit seiner Tochter. Freilich in einer Weise, wie es bei geistig lebendigen Menschen nicht der Fall ist. Alle Antworten geschahen träge, stockend; alles musste ihnen gewissermassen herausgepresst werden. Aber sie blieben doch keine Antwort schuldig. Von keinem Ereigniss ihres Lebens konnten sie eine ausführliche Schilderung machen, alles blieb im Groben, ungenauen, aber es war doch Gedächtniss da. Ja Hampel war sogar noch im Stande, einige Verse aus Virgil herzusagen. Also doch gewiss Gedächtniss. Seine gegenwärtigen Verhältnisse kannte Hampel, aber wie ungenau. Er der gelernte Kaufmann konnte nicht angeben, wie viel Morgen Land er besitze, nicht wie

viel gegenwärtig ein Fuder Wein werth sei, nicht wie viel Wein in seinem Keller liege. Catharine gab zu, dass es schmutzig bei ihnen sei, dass sie sich schämen müsse, aber sie machte die Bemerkung mit dem Kichern und Lachen eines unmündigen Kindes. Sie kannte also ihren Zustand, aber es war eine todte Erkenntniss, denn, obgleich sie in den letzten Monaten von den Sachverständigen wiederholt zu diesem Bekenntniss gebracht war, hatte sie doch nicht dazu kommen können, den Schmutz wegzufegen. Hampel gab zu, es sei unverantwortlich, seine Güter so verkommen zu lassen, aber er hatte das oft zugegeben, aber nichts verbessert Catharine sagte sich entschuldigend „Wir können uns selbst nicht helfen." Also doch wohl volle Erkenntniss ihres Zustandes. Aber wenn es eine wirkliche Erkenntniss war, so musste sie die von dem Pfarrer angebotene Hülfe annehmen. Es war aber in Wahrheit nur eine traumartige Erkenntniss, so wie ein Träumender sich wohl im Traume sagt: „Alles dieses fabelhafte Zeug kann nur ein Traum sein", und doch trotz der Richtigkeit des Gedankens ein träumender und kein wachender Mensch ist.

Als Hampel gefragt wurde, ob er eine Summe Geldes, welches für ihn bei Gericht deponirt war, nicht in Empfang nehmen wolle, da sie ihm bei Gericht nur sehr wenig Zinsen trage? antwortete er stockend: „Ja — das ist so eine Sache." Eine Summe Geldes in Empfang nehmen und anlegen, das ist zu schwer für ihn, das begreift er nicht; dazu kann er sich nicht entschliessen. Handelsleute kamen zur Zeit zu ihm, seinen Wein zu kaufen; sie thaten ein Gebot. „Ja, sagte er, ich will es überlegen." Jemand will ihm ein Stück Land abkaufen. „Ja, sagt er, „ich will es überlegen." Jemand sagte ihm vor einigen Jahren, es sei für ihn besser, alle seine Güter zu verkaufen und von den Zinsen zu leben; „Ja, sagte er, es ist wahr, aber es ist zu umständlich." Beide sahen offenbar eine elende Zukunft vor sich, aber wie ein Traum. Die Erkenntniss bringt sie nicht dazu, die angebotene Hülfe anzunehmen. Hampel sitzt da ruhig mit gedrückter Miene, aber ohne Erregung, er hofft und wünscht nichts mehr.

Weitere Nachforschungen stellten heraus, dass bei Catharina mitunter grosse Aufregung eintrat. Einmal hatte sie desshalb in eine Irrenanstalt gebracht werden müssen. Dieser Umstand bewog wahrscheinlich den ersten Sachverständigen Catharine für blödsinnig zu erklären. Derselbe konnte aber bei Hampel den Blödsinn nicht erkennen, obgleich

er seltsamer Weise in einer Vernehmung als Zeuge den Zustand Hampels den höchsten Grad geistiger Verkommenheit genannt hatte. Der zweite Sachverständige fand beide nicht blödsinnig. Denn hier war ja Gedächtniss, beide kannten ja ihre Vergangenheit, Urtheilskraft, beide urtheilen ja, es sei bei ihnen nicht alles, wie es sein solle, beide können Rechnen, Lesen und Schreiben; ferner kein Wahn, kein ungeziemendes Benehmen im Termin (Catharine scheint an jenem Tage weniger gekichert und gelacht zu haben) also doch wohl Ueberlegung, oder wenigstens kein Grund diese zu leugnen.

Aber, was ist denn eigentlich, was den Leuten fehlt? Es ist doch nicht alles bei ihnen, wie es sein sollte. Haben die Sachverständigen vielleicht einen tiefen Kummer, eine tiefe Leidenschaft, ein Laster entdeckt, welches beide vorübergehend hindert, ihre Angelegenheiten zu ordnen?

Nein, „aber die ländliche Abgeschiedenheit, der Mangel der gewohnten städtischen Umgebung haben eine gänzliche Lähmung der *Willenskraft* hervorgerufen.“ Also fehlt es blos am *Willen*, alles andere ist in der Ordnung!

Hier tritt ein alter Mangel in der Erkenntniss psychischer Vorgänge an den Tag, der freilich nicht den Sachverständigen allein zur Last fällt. Wie viel wird nicht in psychologischen Schriften von der Einheit der Seelenvermögen gesprochen, wie wenig klares und deutliches aber über den Zusammenhang der psychischen Ereignisse gesagt. Manche sprechen mit grosser Befriedigung von der Gefühls- und Willens-*seite* etc., sie vergleichen anscheinend sehr geistreich und poetisch den Geist mit einem Haus. Andere sprechen von der organischen Gliederung*) des Geistes; andere von den Entwickelungsstufen. Alles verschiedene Arten, mit schönen Worten einfache Dinge sehr unklar auszudrücken.

Lassen wir die Einheit und Vielheit des Geistes, lassen wir alle die verschiedenen oberen und unteren Vermögen, Fähigkeiten und Kräfte; reden wir einfach von den hierher gehörigen Vorgängen und ihren Bedingungen. Wo finden wir das, was wir Willen nennen? Welches ist der Inhalt, der Begriff dieses Wortes, dieser Vorstellung? Erinnern

*) Die Gliederung ist, wie es scheint, modern, man spricht auch jetzt, ausserordentlich schön, von „gegliederten“ Welttheilen.

wir uns zunächst, dass der Wille sich nicht beobachten lässt; beobachtet werden die Handlungen; diese sind entweder erzwungen oder nicht erzwungen. Wie die Handlungen, so ist der Wille. Der Wille ist das, was bei den Handlungen stets maassgebend, also stets vorhanden ist, aber eben nicht beobachtet wird, nicht nach aussen hervortritt; es ist der innere versteckte Theil der Handlung; das was den Handlungen lange oder kurz immer vorhergeht und sie begleitet. Das heisst, es sind die inneren Bedingungen des Handelns (oder wenigstens deren wesentlicher Theil). Diese inneren Bedingungen der Handlungen sind mehrfach. Sie sind zunächst eine gewisse Beschaffenheit der Muskeln; fehlt diese, so gibt es keine Handlungen; dann der Muskelnerven; ohne diese ist der Mensch lahm; dann eine gewisse Regung im Gehirn, welche sich auf die Muskelnerven fortpflanzt. Diese Regung ist das, was man eigentlich Wille nennt. Was ist denn die der Handlung vorlaufende, dieselbe regelnde Gehirnregung? es sind die Bilder des Zweckes und der Mittel, die Bilder der einzelnen Theilbewegungen, welche, mit Lebhaftigkeit auftretend, alle anderen Regungen verdrängend, auf die Muskelnerven in fester Reihenfolge übergehen und die Handlungen erzeugen.

Wer also nicht mehr handelt, ohne dass ihm Muskel und Muskelnerv versagen, dem fehlt der Wille; d. h. es fehlt ihm die Vorstellung des Zweckes und der Mittel, wenigstens die *lebendige* Vorstellung dieser Dinge. Wer aber Zweck und Mittel nicht mehr vorstellt, stellt eben die Handlung selbst nicht mehr vor; der stellt eben damit auch die Folgen der Handlungen nicht mehr vor. Der kann sie also auch nicht mehr überlegen, d. h. er ist blödsinnig im Sinne des Gesetzes.

Wenn die Sachverständigen also den Untersuchten den Willen abgesprochen haben, so haben sie damit gesagt, was gesagt werden musste, aber sie haben es selbst nicht gewusst. Sie sprachen den Blödsinn aus, ohne sich darüber klar zu werden.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 4. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn $^{a}/_{N}$.

Inhalt. Motivirtes Gutachten über den psychischen Zustand der Wittwe B. aus E (Schluss.) Zwölf Fälle von Idiotismus aus dem Commissionsbericht über die Geisteskranken Schottlands. Geistesstörung bedingt durch Sonnenstich und Kopfverletzung. Statistische Zusammenstellung über Idioten und Schwachsinnige. Amenorrhö und Irresein. Die westfälische Provinzial-Irrenanstalt Marsberg im Jahre 1866.

Motivirtes Gutachten über den psychischen Zustand der Wittwe B. aus E.

(Schluss.)

Könnte aber auch ein solcher Zustand ärztlicher Seits als wahrscheinlich oder wirklich vorhanden gewesen bewiesen, ja könnte nachgewiesen werden, dass die B. jene Verträge in einem sogenannten lucidum intervallum, in der freiern Zwischenzeit abgeschlossen hätte, so wäre dennoch m. E. für die Beantwortung der gestellten Frage wenig gewonnen. Die sogenannten lucida intervalla bei periodisch Irren sind nämlich, wie schon oben angedeutet, ausserordentlich verschieden. — Es ist keineswegs stets ein völlig freies Bewusstsein, eine völlige psychische Gesundheit vorhanden. Die Verschiedenheit dieser Zwischenzeiten ist vielmehr eine so grosse, wie gross die Abstufungen sind zwischen völliger geistiger Klarheit und Blödsinn höheren Grades. Ist die Frage über die Dispositions- und Zurechnungsfähigkeit der periodisch Geisteskranken ärztlicherseits bis dahin wissenschaftlich allgemein noch nicht gelöst, so scheint sie theoretisch einfach dahin zu beantworten zu sein, dass eben allgemeine Grundsätze und Anhaltspunkte hier nicht aufgestellt werden können, sondern jeder Fall für sich zu beurtheilen sei. In der Praxis

aber wird man gerade hier in einzelnen Fällen auf die allergrössten Schwierigkeiten stossen, theils weil derartige Zustände an sich schwer zu beurtheilen, da eine Grenze zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit gar nicht existirt, theils weil in der Regel der Vergleich des zu beurtheilenden Zustandes mit dem normalen aus gesunden Tagen mangelt. Hier könnte daher — auch ein periodisches Irresein und ein sogenanntes luc. interv. vorausgesetzt, — umso weniger ein sicheres Urtheil gefällt werden, als weder der psychische Zustand zur Zeit der Abfassung der Verträge, noch auch der normale geistige Zustand der B. irgendwie bekannt ist.

Für die dritte Möglichkeit, für die Annahme, es hätten wiederholte Anfälle von Irresein — eigentliche Rückfälle nach stets besonderen Ursachen — statt gehabt, zwischen denen also ein unzweifelhaft geistig gesunder Zustand vorhanden gewesen sein müsste, ist eine grosse Wahrscheinlichkeit vorhanden, erstlich für das erste Irresein, welches in Folge des Wochenbetts in den 20ger Jahren entstand, und ferner für das zweite nach dem Tode der Tochter. Bei beiden sind greifbare äussere Veranlassungen gegeben, beide sind als Irresein mit einer bestimmten Form — Melancholie mit Aufregung — konstatirt, und wenn man auf die Aussage der Zeugin G., dass die B. nach einer gelegentlichen Aeusserung der Frau S. noch ebenso gewesen wäre, wie früher, wohl mit Recht nicht zuviel Gewicht legt, so machen beide Zustände den Eindruck von Recidiven, wobei man allerdings nach der Aussage der Zeugin S. gezwungen wäre, ein in das Jahr 1828—29 fallenden dritten Rückfall anzunehmen. Wie schwankend aber auch *diese* Annahme ist, da weder der Verlauf dieser Anfälle, noch der psychische Zustand in den Zwischenzeiten genügend bekannt ist, braucht nicht näher erläutert zu werden. In höherem Grade ist dies jedoch der Fall für die Zeit *nach* dem Jahre 1837, über welche ein für diese Annahme wissenschaftlich verwerthbares Material gar nicht vorliegt.

Im Jahre 1860 am 25. September hat die B. den zweiten Vertrag abgeschlossen, und sie soll kurz vor dieser Zeit ein Kissen in's Fenster gelegt und erwartet haben, dass ihre Tochter R. über dasselbe zurückkäme. Im Jahre 1861 wurde die B. dann als blödsinnig erkannt und erklärt. — Wie wohl auch hier nicht unwichtige Zeugenaussagen und Urtheile von Aerzten und Juristen vorliegen, welche die B. noch für geistig gesund erklären, so ist es mir doch sehr wahrscheinlich, dass sie

schon im Jahre 1860 zur Zeit des Abschlusses des Vertrages entschieden geisteskrank war, ich bin jedoch auch hier ausser Stande, ein positives Urtheil zu fällen, da ich das Irresein zur Zeit eben jenes Vertrages, gemäss den oben angeführten verschiedenen Möglickkeiten, nicht thatsächlich nachzuweisen vermag.

Ich muss daher mein Gutachten als ärztlicher Sachverständiger schliesslich dahin abgeben, dass ich nicht im Stande bin nachzuweisen, dass die B. im Jahre 1850 und 1860, zur Zeit des Abschlusses der fraglichen Verträge, geisteskrank oder geistesgesund gewesen sei.

Da dies Gutachten der vorgelegten Frage über die Dispositionsfähigkeit der B. wenig entspricht, so erlaube ich mir noch Einiges als meine subjektive Ansicht über den Fall hinzuzufügen.

Ebensowenig wie eine Grenze zwischen körperlicher Gesundheit und Krankheit für unsere ärztliche Diagnostik existirt, ebensowenig existirt eine solche zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Es ist die Entscheidung hierüber im einzelnen Falle in höherm Grade schwierig, wenn der Begriff geistiger Krankheit der Definition von Blödsiun im Sinne des Landrechts angepasst werden soll, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob Jemand im Stande sei, die Folgen seiner Handlungen oder die Folgen irgend *einer* Handlung zu beurtheilen. Es gibt unzweifelhaft Geisteskranke, welche einzelne ihrer Handlungen sehr wohl in ihren Folgen zu beurtheilen wissen, und der praktische Irrenarzt macht täglich und stündlich diese Erfahrung, die Niemand in Abrede stellen wird; ja es werden in den Irrenanstalten gerichtliche Handlungen von ganz unzweifelhaft, aber noch nicht gerichtlich für blödsinnig erklärten, Geisteskranken vorgenommen, die wir mit ganz gutem Gewissen zulassen, da es Handlungen sind, die an sich vernünftig und auch mit dem Wahnsinn der Person in keiner irgend erkennbaren Beziehung stehen. In solchen Fällen überzeugt sich selbstredend auch der Gerichtsdeputirte, dass er es unzweifelhaft mit einer Person zu thun hat, die in Bezug auf die vorzunehmende gerichtliche Handlung völlig klar und die Folgen derselben *vollkommen* zu beurtheilen im Stande ist, und es wird dann nach den gesetzlichen Bestimmungen für das luc. intervallum verfahren. A. L. R. § 20 Tit. I und § 147 u. 148 ibid. Allg. Ger. Ordnung § 9 Tit. 3 Tl. II.

Es scheint nun auch hier ein Fall vorzuliegen, der in ähnlicher Weise beurtheilt werden darf.

Wie sehr die verschiedenen Gutachter in ihren Schlussresultaten auch auseinander gehen, darüber scheinen alle einig zu sein, dass die B. eine von Jugend auf wenig begabte, reizbaıe, eigensinnige, zeitweisen Anfällen von Irresein unterworfene, daneben aber für gewisse einfache Verhältnisse wohl zugängliche und für dieselben urtheilsfähige Person sei; es kann wenigstens nicht geleugnet werden, dass sie sich öfter als solche erwiess, dass sie namentlich gelegentlich der Abfassung der Verträge von den betreffenden Notaren, nach eigens zu diesem Zwecke angestellter Unterredung, als über das, was sie zu thun vorhatte, klar erkannt wurde. Es lässt sich diess, wie schon mehrfach hervorgehoben, ganz wohl damit vereinen, und die tägliche irrěnärztliche Erfahrung lehrt es auf das Bestimmteste, dass sie gleichzeitig geisteskrank gewesen sein kann. – Da ausserdem die betreffenden Handlungen der B. — jene Verträge — für meine Anschauung wenigstens, nichts Vernunftwidriges oder für sie in Anbetracht ihrer Verhältnisse Nachtheiliges enthalten, vielmehr gerade rücksichtlich dieser Verhältnisse zweckmässig zu sein scheinen, so ist meine subjektive Ansicht die, dass jene Verträge, die zu einer Zeit abgefasst wurden, als die B. noch nicht gerichtlich als blödsinnig erklärt war, als rechtsgültig betrachtet werden können.

Zwölf Fälle von Idiotismus aus dem Commissions-Bericht über die Geisteskranken Schottlands.

Von Dr. A. v. Franque in München.

1) Ein Knabe von 3 Jahren, der vollständig gesund war, wurde von einem Stosswagen überfahren. Die Art der Verletzung, liess sich nisht mehr konstatiren und konnte nur sichergestellt werden, dass der Kranke lebensgefährlich darauf erkrankte; er blieb halbseitig gelähmt und hatte die Sprache verloren. Nach mehreren Jahren hatte sich sein Zustand zu vollständigem Idiotismus entwickelt.

2) Ein Wagenrad ging über den Kopf und die Brust eines 2jährigen Kindes. Ein Arm desselben war gebrochen, es blutete aus den

Ohren und ein Auge war stark verletzt. Es ist gegenwärtig ein schwächlicher, einäugiger Idiote, aber nicht gelähmt.

3) Ein Kind von 9 Monaten wurde durch ein Pferd aus den Armen seiner Amme geschlagen; es kam durch den Fall zu mehreren Rippenbrüchen, Bruch des Unterkiefers und verschiedenen Kopfverletzungen. Es entwickelte sich hochgradiger Idiotismus.

4) Ein Mädchen, das unehelich geschwängert war, wurde bald nach seiner Entbindung von den Eltern aus dem Hause gewiesen. Sie flüchtete sich in die Stadt und fand Aufnahme bei einer gemeinen, liederlichen Person. Als das Kind 7 Monate alt war, kam es zu einer Prügelei zwischen den beiden Frauen, wobei das unglückliche Kind mit einem Kochlöffel einen Schlag auf den Kopf bekam, durch welchen das eine Auge vollständig ausgeschlagen wurde. Das Kind blieb in seiner körperlichen Entwicklung zurück und ist vollständig blödsinnig.

5) In einem Anfalle von puerperaler Manie misshandelte eine Mutter ihr Kind derart, dass sie ihm das eine Auge ausschlug. Am Tage nach der Misshandlung stellten sich Konvulsionen bei dem Kinde ein, und dasselbe ist nun ein epileptischer Idiote.

6) Ein Knabe von vier Jahren stürzte über ein Treppengeländer hinunter. Er blieb längere Zeit gefühllos, ist jetzt gelähmt und vollständig blödsinnig.

7) Eine Mutter liess ihr Kind allein in dem Hause und stellte die Wiege in die Nähe des offenen Feuers. Ein Hund, der ebenfalls in dem Zimmer geblieben war, warf die Wiege um und das Kind fiel an an das Feuer, von welchem die Kleider ergriffen wurden und verbrannten. 36 Stunden nach der Verletzung bekam das Kind Konvulsionen, am folgenden Tage bemerkte man, dass es schiele. Es leidet an aufgeregtem Blödsinn.

8) Ein Knabe wurde unter der Aufsicht seiner achtjährigen Schwester in der Wohnung gelassen Das Mädchen ging mit anderen Kindern seinen Spielen nach und liess den Knaben unbewacht in seinem Bette. Er stieg aus dem Bette heraus und seine Kleider fingen an dem Kamine Feuer. Durch sein jämmerliches Geschrei lockte er schnelle Hülfe herbei. Die Brandwunden waren sehr unbedeutend, aber er war

so erschreckt, dass er durch Nichts konnte beruhigt werden. Eine Stunde nach der Verletzung traten Konvulsionen ein, die sich lange Zeit in bestimmten Zwischenräumen wiederholten. Er ist vollständig blödsinnig geworden.

9) Ein Kind von 4 Jahren fiel an einem sehr kalten Tage in einen Bach, konnte sich aber wieder herausarbeiten; man fand es am Ufer mit fest gefrorenen Kleidern. Am nächsten Tage war es vollständig gelähmt und ist gegenwärtig blödsinnig.

10) Ein Mädchen von 4 Jahren verirrte sich von Hause und wurde erst am dritten Tage wieder aufgefunden, während welcher Zeit es ohne alle Nahrung war. Das Kind war längere Zeit in einem Zustande von grosser Erschöpfung und Anämie und man zweifelte lange an seinem Aufkommen. Nach einiger Zeit bemerkte man eine Lähmung an einem Arme und einem Beine, die nicht mehr zu beseitigen war. Nach und nach entwickelte sich vollständiger Blödsinn.

11) Eine Frau kam im strengen Winter nieder, während sie ganz allein im Hause war. Bevor Hülfe kam, musste das Kind 3 Stunden am Boden liegen, die Mutter kniete über ihm und konnte sich nicht entfernen, da die Placenta nicht ausgestossen wurde. Das Kind war von Geburt an gelähmt und blödsinnig.

12) In einem anderen Falle scheint der Idiotismus bedingt durch starken Blutverlust aus der Nabelschnur. Das Kind bekam bald nach der Geburt Krampfanfälle und blieb blödsinnig.

Geistesstörung bedingt durch Kopfverletzung und Sonnenstich,

Nach dem Englischen des Dr. F. Skae von Dr. A. v. Franque in München.

Skae war in der Lage in der Irrenanstalt zu Edinburg eine grössere Reihe hierher gehöriger Fälle zu beobachten, die eine solche Uebereinstimmung gewisser Symptome zeigten, dass man dieselben als charakteristisch für die durch Kopfverletzung erzeugten Irrseinsformen aufstellen kann.

Kopfverletzungen werden im Allgemeinen von jeher als Ursachen von Psychosen angenommen, doch ist von den Schriftstellern nur *Esquirol* und *Prichard* näher auf dieselben eingegangen. *Esquirol* gibt eine Uebersicht von 710 Fällen von Geistesstörung, die durch somatische Ursachen bedingt waren; 18 davon verdankten ihren Ursprung verschiedenen Kopfverletzungen. Er gibt auch 2 charakteristische Krankengeschichten; in der einen folgte die Geistesstörung mehrere Monate nach der Verletzung, in der anderen erst nach 14 Jahren.

Prichard theilt in seinem Buche ähnliche Fälle mit und bemerkt auch, dass nach solchen Verletzungen sich oft gewisse Eigenthümlichkeiten in dem Benehmen der Betroffenen entwickeln, die das ganze Leben hindurch fortdauern, ohne aber in völlige Geistesstörung überzugehen.

Von den Fällen, welche *Skae* ausführlich beschreibt, will ich nur den folgenden hervorheben:

J. E., 15 Jahre alt, Sohn eines Oekonomen. Er war bis in sein fünftes Jahr vollkommen geistig und körperlich gesund, bis ihn sein Lehrer mit einem Lineale unmittelbar hinter das Ohr schlug, worauf sich an der getroffenen Stelle eine starke Anschwellung und Ecchymosen bildeten. In der darauf folgenden Nacht schrie er in dem Schlafe auf und schon am folgenden Tage bemerkte man eine Aenderung in seinem Aussehen und seinen Gewohnheiten; er erschien ruhig, theilnahmlos; nach einigen Tagen hörte er auf zu sprechen und blieb 6 Wochen lang vollständig sprachlos. Als er wieder anfing zu sprechen, brachte er nur Unsinn und unzusammenhängendes Zeug hervor. Er hatte nie einen Krampfanfall oder Erscheinungen von Paralyse. Seine Grossmutter väterlicher Seits war mehrere Monate lang geistig gestört. Er wurde in seinem 15. Jahre in die Irrenanstalt gebracht, weil er unrein und oft gewaltthätig wurde. Bei der Aufnahme war er schlecht genährt und erschien vollständig blödsinnig; er verstand keine Frage, die an ihn gerichtet wurde und konnte gar keine Antwort geben. Er war im höchsten Grade unrein und ekelerregend in seinen Gewohnheiten.

Körperlich erholte er sich etwas in der Anstalt, blieb aber im Allgemeinen unverändert. 15 Wochen nach der Aufnahme hatte er einen heftigen epileptischen Anfall, der sich nach 3 Tagen abermals mit grosser Heftigkeit einstellte, und dem der Kranke in einem comatösen Zustande erlag.

Bei der Section fand man nur Trübung der Arachnoidea über einem Theile des Kleinhirn und geringe Flüssigkeitsansammlung in dem Arachnoidealsacke. Das Gehirn war vollständig normal.

Besonders hervorzuheben an diesem Falle ist das schnelle Auftreten der geistigen Störung nach einer anscheinend unbedeutenden Verletzung, sowie das heftige, unvorhergesehene Auftreten der Epilepsie, nachdem bereits 10 Jahre seit der Verletzung vorübergegangen waren.

Auch der Sonnenstich wird schon lange als Ursache von Geistesstörungen angesehen. *Battie* machte schon 1758 darauf aufmerksam, und auch in den Schriften von *Arnold* (1786) wird auf die nachtheiligen Wirkungen des Sonnenstiches auf die geistigen Functionen aufmerksam gemacht. Unter den 710 Fällen von *Esquirol* wird 16mal der Sonnenstich als Ursache der Erkrankung angeführt. *Prichard* sieht in der Entzündung des Gehirns in Folge von Sonnenstich die Ursache der darauf folgenden Geistesstörungen. *Feuchtersleben* erklärte den Sonnenstich als Ursache der Mania furibunda; *Morrison* berichtet, dass die periodische Manie von Karl VI von Frankreich durch einen Sonnenstich bedingt war. Aus den Berichten des Bethlehem-Hospital von 1846—1860 folgt, dass dort 13 Fälle von Geistesstörung in Folge von Sonnenstich behandelt wurden, von denen 7 genesen sind.

In der Irrenanstalt zu Edinburg wurden von 1848 bis 1864 38 Fälle behandelt, in welchen Kopfverletzungen die Ursache der Erkrankung waren, und 16, in welchen Sonnenstich als Ursache angesehen werden muss.

Unter den 38 Fällen kamen folgende Symptome zur Beobachtung:

Epilepsie	4mal
Manie	30 „
Wahnsinn	5 „
Grössenwahn	13 „
Verfolgungswahn	11 „
Melancholie	1 „
Dementia	3 „
Hallucinationen des Gehörs	2 „
„ des Gesichtes . . .	1 „
„ beider Sinne	2 „
Selbstmordgedanken	8 „
Mordgedanken	7 „
Allgemeingefährlichkeit	27 „

Die Symptome der 16 Fälle, die durch Sonnenstich bedingt sind, waren:

Manie	9mal
Wahnsinn	5 „
Grössenwahn	7 „
Verfolgungswahn	6 „
Kleptomanie	1 „
Dipsomanie	6 „
Dementia	4 „
Hallucinationen des Gehörs .	4 „
„ des Gesichtes	5 „
Selbstmordgedanken . .	2 „
Mordgedanken	2 „
Allgemeingefährlichkeit . .	11 „

Aus dieser Uebersicht folgt, dass die Mehrzahl der Kranken an Exaltationszuständen leiden, und dass sie in der Regel gemeingefährlich sind.

Melancholie wurde nur 1mal nach einer Kopfverletzung beobachtet. Die Hallucinationen, die zur Beobachtung kamen, waren anhaltend, unverändert dieselben.

Unter den 10 Kranken mit Selbstmordgedanken fand sich nur 1 Melancholischer. Diese Gedanken waren meist nur vorübergehend.

Von den 38 Fällen wurden geheilt . .	4
gebessert entlassen	7
ungebessert „	9
blödsinnig . .	8
starben	9
sind noch in Behandlung	1
Summe .	38

Von den 16 Fällen wurden geheilt . .	1
gebessert entlassen	2
ungebessert „	4
blödsinnig . . .	1
sind noch ungebessert . .	4
sind gestorben	4
Summe .	16

Die Todesursachen der in Folge von Kopfverletzungen Erkrankten waren:

Epilepsie . . .	1
Allgemeine Paralyse .	3
Meningitis . . .	1
Gehirnhyperämie . .	3
Exhaustion . . .	1
Summe . .	9

Die Todesursachen der in Folge des Sonnenstiches Erkrankten waren:

Phthisis	2
Allgemeine Paralyse . .	2

Diese Tabellen beweisen, dass Geistesstörungen in Folge von Kopfverletzungen und Sonnenstich die ungünstigste Prognose haben. Es kamen nur 5 Genesungen vor, von denen 2 schon früher an Geistesstörung gelitten hatten, aber als geheilt angesehen wurden.

Unter den 13 Todesfällen war 10mal die Todesursache eine Gehirnkrankheit; der pathologisch anatomische Befund war in der Regel Hyperämie des Gehirns und seiner Häute.

Als Ergebniss der vorausgehenden Arbeit lassen sich folgende Sätze zusammenfassen:

1) Geistesstörungen in Folge von Kopfverletzungen und Sonnenstich charakterisiren sich im Anfange durch eine maniakalische Erregung von grösserer oder geringerer Heftigkeit, kürzerer oder längerer Dauer.

2) Die Kranken sind während dieser Zeit reizbar, argwöhnisch, gefährlich für Andere.

3) Melancholische Verstimmung kommt äusserst selten vor.

4) Heilungen sind selten; die Krankheit geht gerne in Dementia über und endigt durch eine Gehirnkrankheit.

Statistische Mittheilungen über Idioten und Schwachsinnige.

Nach dem Englischen des Dr. A. Mitchell von Dr. A. v. Franque in München.

Mitchell, eines der eifrigsten und rührigsten Mitglieder der schottischen Irren-Commission[1], dem wir schon mehrere gediegene psychiatrische Arbeiten verdanken, hat neuerdings 1345 Fälle von Blödsinn und Schwachsinn zusammengestellt und gelangte dadurch zu folgenden Resultaten:

I. Geschlecht.

Blödsinnige	430 M.,	284 W.,	oder auf	100 M.	66,0 W.	
Schwachsinnige	321 „	310 „	„ „	100 „	96,5 „	
Summe beider	750 „	594 „	„ „	100 „	79,2 „	

Aus dieser Zusammenstellung folgt, dass unter dem männlichen Geschlechte sowohl der Blödsinn als der Schwachsinn häufiger vorkommt, als unter dem weiblichen, und dass diess besonders auffallend für die schwerere Form der Störung, den Blödsinn hervortritt.

II. Alter.

Auch für diese Zusammenstellung sind die oben erwähnten 1345 Fälle benutzt.

Alter.	Blödsinnige	Schwachsinnige.	Gesammtsumme.	Per 1000.
0—5	5	0	5	3,7
5—10	44	7	51	37,9
10—15	87	18	105	78,1
15—20	100	50	150	111,5
20—30	194	133	327	243,1
30—40	122	146	268	199,2
40—50	81	109	190	141,3
50—60	57	94	151	112,3
60—70	21	48	69	51,3
70—80	3	22	25	18,6
80—90	0	4	4	2,9

Hiernach steht die Mehrzahl der Blödsinnigen und Schwachsinnigen zwischen dem 20. und 30. Jahre, ihnen zunächst steht die Altersklasse von 10—20 und 30—40.

Von 1345 Blödsinnigen und Schwachsinnigen sind 850 zwischen 10 und 40 Jahre alt.

Jünger als 10 Jahre sind nur wenige. Die Sterblichkeit der Idioten in der frühen Kindheit ist eine sehr grosse, kaum die Hälfte wird das 10. Jahr erreichen, diejenigen aber, die einmal 15—16 Jahre alt geworden sind, scheinen nicht selten eine Lebensdauer von noch 10—15 Jahre zu haben; nach dieser Zeit sind die Zugänge höher als die Abgänge durch den Tod. Zwischen 30 und 40 Jahren überwiegen die Todesfälle die Zugänge, und die Zahlen für die höheren Alter nehmen nun rasch ab, doch erreicht eine grössere Zahl von Schwachsinnigen und Blödsinnigen, als man gewöhnlich anzunehmen pflegt, ein hohes Alter. Unter 1345 finden wir 249 über 50, 98 über 60, 29 über 70 und 4 über 80 Jahre alt. Doch erreichen weniger Blödsinnige ein hohes Alter als Schwachsinnige. Von den ersteren sind bloss 11,3 p Cent. über 50 J. alt, von den letzteren dagegen 26,6 p. Cent.

Die Zahl der schwach- und blödsinnigen Kinder ist jedenfalls grösser, als die in der Tabelle angeführte. In der Mehrzahl der Fälle wird eine mangelhafte Entwicklung der geistigen Fähigkeiten in der Kindheit nicht erkannt, und nur die höheren Grade kommen zur Beobachtung, daher finden wir auch 161 Idioten oder 22,5 p. Cent. jünger als 15 Jahre, und nur 25 Schwachsinnige oder 3,9 p. Cent.

III Vorkommen des Idiotismus bei Erstgeborenen und Nachgeborenen.

Unter 443 Idioten und Schwachsinnigen waren 138 oder 31,1 per Cent Erstgeborene und 89 oder 20,1 p. Cent Nachgeborene. Da bei dieser Zusammenstellnng alle Kinder, die an Blödsinn oder Schwachsinn litten, ohne alle Auswahl gezählt wurden, so hielt *Mitchell* das Resultat nicht für genau und machte .eine neue Zusammenstellung, bei der er nur die Fälle aufnahm, in welchen in der Familie nur 1 Fall von Idiotismus vorkam, der bald nach der Geburt erkannt wurde, mithin wahrscheinlich als angeborene Form angesehen werden kann. Er brachte bei dieser Auswahl 85 Fälle — 44 männliche und 41 weibliche Kranke — zusammen.

Zahl d. Schwangerschaft	Per Cent. Verhältniss aller Geburten.	Per Cent. Verhältniss der blödsinnig Geborenen.
1	22,8	33,3
2	17,7	18,8
3	15,5	17,6
4	12,1	2,4
5	9,4	2,4
6	7,4	2,4
7	5,2	7,0
8	3,9	3,5
9	2,6	2,4
10	1,3	7,0
11	0,9	3,5

Nach dieser Tabelle sind also von allen im Jahre 1855 in Glasgow und Edinburg Geborenen 22,8 per Cent Erstgeborne und von den 85 Idioten 33 per Cent Erstgeborne u. s. w., so dass man nach dieser Tabelle aussprechen kann, dass bei mehrfachen Schwangerschaften der Idiotismus am häufigsten die Erstgeborenen und die Letztgeborenen befällt.

IV. Alter der Mutter.

Aus den obigen 85 Fällen wurde das Alter der Mutter zur Zeit der Geburt des Idioten zusammengestellt, und es ergab sich, dass in den Schwangerschaften, die vor das 24. Jahr und nach dem 35. Jahre fallen, die bei weitem grösste Zahl der Fälle von Idiotismus zur Ausbildung kam.

Seit einiger Zeit hat *Mitchell* Schädelmessungen an Idioten vorgenommen und macht darüber die vorläufige Mittheilung, dass in der Regel die Köpfe der Idioten abnorm klein zu sein scheinen, dass aber ein kleiner Kopf keine wesentliche Bedingung zum Idiotismus sei. Ausführlicher wird er diese Beobachtungen in einer eigenen Arbeit mittheilen.

Amenorrhö und Irresein.

Menstruationsstörungen gelten als eine häufige Ursache des Irreseins. In betr. Fällen wird letzteres wohl als *sympathisches* bezeichnet. Man darf aber den Einfluss dieser Störungen auf die Entwicklung der Psychosen nicht überschätzen, obgleich es bekannt ist, dass schon im physiologischen Zustande zur Zeit der Regeln das Nervensystem eigenthümlich affizirt ist. Der Causal-Nexus zwischen Störungen der Menses und Neurosen ist nicht immer leicht nachzuweisen. Die Ursachen, welche die Function des Uterus abändern und sistiren, Gemüthsaffekte, Schreck, Erkältung des Unterleibs, Rheumatismus, Blutleiden, Fehler der Ernährung, Entkräftung u. s. w. können gleichzeitig auch die Gehirnthätigkeit in Unordnung bringen, oder was nicht zu übersehen, die Menstruations-Störungen sind erst *Folge* der Gehirnerkrankung oder des Allgemeinleidens. Bei wie vielen Mädchen und Frauen hört der Monatsfluss auf, ohne dass Geisteskrankheit ausbricht, und bei wie vielen geisteskranken Mädchen und Frauen kehrt er ohne die Geistesgesundheit zurück.

Im Publikum ist die Ansicht, dass den geistigen Störungen beim weiblichen Geschlecht Störung der Periode zu Grunde liege, fast ebenso verbreitet, wie der Glaube, dass junge Mädchen aus Liebe und Heirathsbedürfniss geisteskrank zu werden pflegen. Gewöhnlich kommen aber bei der Entwicklung der Psychosen verschiedene Umstände und mehrere Ursachen in Betracht. So darf man nicht ohne Weiteres in einem Falle von Irresein mit Amenorrhöe diese als den Grund des ersteren feststellen und darauf hin kuriren.

In den ätiologischen Tabellen der Schriftsteller finden wir die Menstruationsstörungen bald häufiger, bald seltener als Ursachen der Geistesstörungen aufgeführt, wie denn überhaupt betreffs der ursächlichen Begründung einer Krankheit im Einzelfalle die verschiedensten Ansichten sich geltend machen können.

Von vornherein die Amenorrhö als Ursache des Irreseins zu statuiren, ist nur dann gerechtfertigt, wenn letzteres bei *vorher gesunden* Mädchen oder Frauen *nach* Unterdrückung der Regeln auftritt, ohne dass sonstige Ursachen bekannt sind. In solchen Fällen ist dann auch der Versuch mit Emmenagogis gerechtfertigt.

Sehr häufig sind auch die Fälle, dass das Irresein *vor* der Rückkehr der Periode sich mässigt oder verschwindet, dass erst Monate *nach* der geistigen Genesung die Regeln wieder erscheinen. Man kann aller-

dings, so lange noch körperliche Störungen zurückbleiben, nie mit voller Sicherheit auf Andauer und Festigkeit der geistigen Gesundheit rechnen.

Die westphälische Provinzial-Irrenanstalt Marsberg *) im Jahre 1866.

Bestand ultimo December 1865 . . .		351 Kranke
Zugang im Jahre 1866		137 „
		488
Abgang im Jahre 1866		
1) nach Lengerich versetzt	24	
2) geheilt . . .	35	
3) gebessert . . .	24	
4) beurlaubt . .	2	131
5) ungeheilt . .	10	
6) gestorben . .	36	
Bestand ultimo 1866		357

Von diesen waren präsumtiv *heilbar* 54, *unheilbar* 303 — 357

Unter den Unheilbaren waren von Geburt an blödsinnig 22, epileptisch blödsinnig 11, paralytisch 17.

Zieht man von den 131 in 1866 aus Marsberg entlassenen die nach Lengerich versetzten', also noch in Anstaltsverpflegung gebliebenen 24 Kranken ab, so wurden aus dem Krankenbestand nur 107 entlassen.

Von diesen waren:

geheilt	35	
gebessert	24	61 i. e. 57,01 %
beurlaubt	2	
ungeheilt	.	10 i. e. 9,34 %
gestorben	.	36 i. e. 33,65 %
		107 100

Der Vergleich mit früheren Jahren ergibt folgende 2 Uebersichten.

---

*) Im Jahre 1862 wurde der Bau der zweiten westfälischen Provinzial-Irren-Anstalt Lengerich begonnen. Die Anstalt ist für die protestantischen Irren der Provinz bestimmt. Am 31. Okt. 1864 wurden von Marsberg 72 Männer (evang. Konf.) nach Lengerich dislocirt, in 1865 66 Kranke.

I.

In den Jahren . .	1851—60 durchschnittlich	1861	1862	1863	1864	1865	1866
Aufnahmen . . .	112	117	136	123	144	158	137
Entlassungen . .	101	111	139	114	140	142	107
Zunahme . . .	11	6	6	9	4	16	30

II.

Von den Entlassenen waren:

	1851—60 durchschnittlich	1861	1862	1863	1864	1865	1866
geheilt u. gebessert .	47%	47%	59%	58%	51³/₇%	52,12%	57,01%
ungeheilt u. ungeeignet	15%	29%	20%	9%	16³/₇%	7,74%	9,34%
gestorben	38%	24%	21%	33%	32¹/₇%	40,14%	33,65%

Die Zusammenstellung beweist eine Verbesserung des Charakters der Anstalt, denn es wurden durchschnittlich in den letzten 6 Jahren mehr geheilt, weniger ungeheilt entlassen, und die Todesfälle haben sich vermindert.

Offenbar ist das Missverhältniss zwischen den Aufgenommenen und Entlassenen, da der Krankenbestand um 30 zugenommen hat, also bei weitem mehr, als in allen vorhergegangenen Jahren. Es ist dies der Aufnahme von entschieden unheilbaren Formen von Irresein zuzuschreiben, welche bei gewonnenem Raum nach Eröffnung der Anstalt zu Lengerich nicht ferner zurückgewiesen werden konnten. So sind denn in diesem Jahre 22 Kranke mit angebornem Blödsinn (voriges Jahr 13), 17 Kranke mit allgemeiner Lähmung (voriges Jahr 8) vorhanden; beides gänzlich unheilbare Irreseinsformen. Auch die gegenwärtig vorhandenen Kranken bieten weniger Aussicht auf Heilung als voriges Jahr, da nur 54 voraussichtlich heilbare (voriges Jahr 64), während voraussichtlich Unheilbare 303 (voriges Jahr 287) vorhanden sind.

Berechnet man die Sterbefälle — um einen Vergleich mit der übrigen Bevölkerung zu haben, nach dem durchschnittlichen Bestande von 354, so erhält man 10,17%, nach der Summe sämmtlicher Behandelten 488 — 7,38%, während im vorigen Jahre diese Procente 15,16%, 10,2% ergaben.

Es starben an Tuberkulose 18 (14 an Lungen-, 4 an Darmtuberkulose), an Dysenterie 5, an allgemeiner Lähmung 4, an Lungenentzündung 2, an Brustwassersucht 1, an Hirnlähmung 2, an Bright'scher Nierenkrankheit 2, in Folge Entkräftung 2.

Von den ult. 1866 in der Anstalt verbliebenen 357 Kranken sind katholisch 264, evangelisch 83, israelitisch 9, Religion unbekannt 1.

Der Direktor der Provinzial-Irren-Anstalt.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträg jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen det In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 5. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. Friedrich Betz in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ueber Hallucinationen und Illusionen. Sympathische Geistesstörung. Ein Brandstifter. Ein Fall akuter Tobsucht nach einer Gemüthsbewegung.

Ueber Hallucinationen und Illusionen.

Von Dr Brosius.

Das über diese Symptome des Irreseins Geschriebene umfasst viele grosse Bände, wenn man die betreffenden Abschnitte aus den psychiatrischen Lehrbüchern, die einzelnen Abhandlungen in Zeitschriften und die monographischen Bearbeitungen zusammenstellt. Unstreitig sind die Sinnestäuschungen mithin die interessantesten, weil einmal nach Ursprung und Wesen noch dunkle, die Forschung daher anregende, dann aber auch sehr klare, nämlich das Irresein deutlich bezeichnende Symptome, deren Nachweis in sonst zweifelhaften oder in forensischen Fällen ungemein wichtig ist.

Die phantastischen Schöpfungen des Gehirns greifen tief ein in die Geschichte und Religion der Völker aller Zeiten. Auf ihrem zwingenden und herrschenden Einflusse beruhen grossartige Bewegungen ganzer Länder, die mit dem Fortschritte der allgemeinen Bildung seltener wurden, so wie manche, durch die Geschichte aufbewahrte, denkwürdige Thaten und Verbrechen einzelner Individuen. Ihr Studium verbreitet Licht über diese und jene Vorfälle und Erscheinungen des täglichen Lebens, die für den Nicht-Eingeweihten und Ungebildeten in das Gebiet der Moral oder in das Reich der Wunder und des Uebernatürlichen

gehören, deren sich daher der Aberglaube von jeher mit Leichtigkeit und in fruchtbarer Weise bemächtigte.

Ueber diese cerebralen Vorgänge schreiben gern angehende Psychiater, grade weil uns beim Eintritt in das Studium des Faches, bei den ersten Beobachtungen klinischer Fälle, die Sinnesphantasmen sogleich als sehr merkwürdige, das Nachdenken lebhaft anregende, ebenso auch als leicht greifbare Symptome des Irreseins entgegen treten, über die man sich äussern zu dürfen, weil man sie zu verstehen glaubt.

Den unser Blatt lesenden praktischen Aerzten werden wir, trotz der ihnen zu Gebote stehenden reichhaltigen Literatur, dennoch vielleicht durch kurze Hervorhebung der wichtigsten Sätze aus der Lehre über die Sinnestäuschungen einen kleinen Dienst erweisen.

Die Bezeichnung „Hallucination" wird für verschiedene Zustände gebraucht. Die etymologische Bedeutung des Wortes (αλυω heisst bei Sophocles *irr im Geiste sein*) wird nicht überall festgehalten. Subjektive Empfindungen, die von dem betr. Individuum noch richtig beurtheilt werden, also einfache Phantasmen, nennt man trotzdem manchmal Hallucinationen. Man sollte diesen Ausdruck aber, seiner Etymologie gemäss, der Psychiatrie reserviren und ihn auf subjektive Empfindungen beschränken, die ihrer Kausalität nach falsch beurtheilt werden. Bekannte Männer, Spinoza, Göthe, Nicolai, Joh. Müller (der Physiologe) u. A. hatten Phantasmen, aber nicht Hallucinationen. Wenn dagegen Luther das Dintenfass nach dem Teufel warf, so hallucinirte er in diesem Augenblicke, wenigstens nach Ansicht Solcher, die an die Realität des Teufels nicht glauben. Jemand hallucinirt und ist so lange irre, wenn er *glaubt*, dass eine meilenweit von ihm entfernte oder schon gestorbene Person vor ihm stehe oder mit ihm spreche. Das Sehen oder Hören in diesem Falle ist als subjektive Empfindung keine Täuschung, denn wenn man sieht oder hört, empfindet man wirklich, aber Täuschung ist der Glaube an die objektive Realität des Empfundenen, die Verwechselung des innern Bildes mit einem äussern Etwas. Die subjektive Empfindung, obgleich oft auf ungewöhnlichen, oft auf krankhaften Zuständen beruhend, ist nicht das Wesen, aber die Grundlage, oder auch der Ausgangspunkt der Hallucination. Ihr Wesen ist der intellektuelle Irrthum, der Wahn, dass das subjektiv Empfundene objektiv bedingt sei. Die Hallucination unterscheidet sich daher von andern Irrthümern der Geisteskranken nur durch ihren Gegenstand; dieser ist ein subjek-

tiv Empfundenes. So lange aber die Anerkennung der äussern Realität fehlt, ist jenes ein einfaches Phantasma, kein Sinnesdelirium. Selbst bei Geisteskranken sind nicht alle subjektiven und nach aussen projicirten Empfindungen Hallucinationen. Manche beurtheilen ihre aus innern Ursachen entstehenden Sinnesbilder noch richtig, verwechseln sie nicht mit äussern Objekten, schreiben sie nicht äussern Einwirkungen zu; manchmal werden die sensualen Hyperästhesien der Reflexion gar nicht unterworfen, und es bilden sich über ihre Kausalität keine Urtheile.

Die subjektiven Empfindungen der Distanzsinne, des Seh- und Gehörnerven, werden fast immer nach aussen projicirt. Auch diese Entäusserung macht die Hallucination nicht aus, denn mit ihr ist nicht nothwendig und nicht immer der Glaube an die reale Existenz des Sinnesbildes verbunden, und dann gibt es auch subjektiv begründete Empfindungen, die der Kranke gar nicht nach aussen verlegt; er hat die optischen Erscheinungen in seinem Gehirn, er hört die Stimmen in seinem Kopfe. Aber die Projection nach aussen begünstigt den Glauben an die äussere Realität, die Verwechselung der cerebralen Schöpfung mit einem äussern Etwas, und erst dieser Glaube, diese Verwechselung ist Hallucination oder Sinnesdelirium.

Phantasmen bei Gesunden.

Göthe hatte bekanntlich *) einmal die Erscheinung seiner eignen Person, als er seine Friederike in Sesenheim verlassen hatte „und ihm sehr übel zu Muthe war.“ „Nun ritt ich“, erzählt er, „auf dem Fusspfade gegen Drusenheim, und da überfiel mich eine der sonderbarsten Ahnungen. Ich sah nämlich, nicht mit den Augen des Leibes, sondern des Geistes, mich mir selbst, denselben Weg, zu Pferde wieder entgegen kommen, und zwar in einem Kleide, wie ich es nie getragen: es war hechtgrau mit etwas Gold. Sobald ich mich aus diesem Traum aufschüttelte, war die Gestalt ganz hinweg.“ In der Erzählung schon liegt der Beweis, dass Göethe wohl wusste, dass er es mit einem „wunderlichen Trugbilde“ zu thun hatte, wie er es selbst auch bezeichnet. „Sonderbar ist es jedoch, fügt er hinzu, dass ich nach 8 Jahren in dem Kleide, das mir geträumt hatte, und das ich nicht aus Wahl, sondern aus Zufall trug, mich auf demselben Wege fand, um Friederiken noch einmal zu besuchen.

*) Wahrheit und Dichtung 3. Theil.

Joh. Müller *) theilt folgenden Fall mit:

Professor * kam nach einer sehr lebhaften Unterhaltung über wissenschaftliche Gegenstände *nüchtern* und *sehr hungrig* nach Hause. Der Weg führte vom Lande über eine baumreiche Wiese nach der Stadt. *Plötzlich* sieht er in einiger Entfernung sich selbst in 12 15 Exemplaren auf der Wiese umherwandeln. Die Figuren waren aus verschiedenem Alter des Beobachters und trugen die sonst fast vergessenen Kleider verschiedener Zeiten in mancherlei Farben. Die Gestalten einer und derselben Person gingen gleichgültig durcheinander auf der Wiese. Es bedurfte nur der Anstrengung des Gesichtssinnes, der Aufmerksamkeit und Erinnerung, dass die Selbsterscheinung eine Hallucination sei, um die ganze Gruppe sogleich zu verscheuchen. Lichtflecke blieben nicht übrig.

Bekannt sind wohl den meisten Lesern die Phantasmen beim Einschlafen und Aufwachen. Es sind theils Licht- und Farbenerscheinungen im dunklen Sehfelde, theils kontourirte Gestalten von Menschen und Thieren, auch Häuser, Bäume und Landschaften, Strassen und Plätze, mit sich in und auf ihnen bewegenden Figuren. Seltener sind die Phantasmen des Gehörs- und der Gefühlsnerven. Dass um diese Zeit, vor und nach dem Schlafe, auch subjektive Empfindungen des Geschmacks und Geruchs vorkommen, ist mir nicht bekannt.

In meiner Jugend fühlte ich häufig des Abends im Bette die Finger, namentlich der rechten Hand, dick, keulenartig angeschwollen, wobei ich mich wohl überzeugte, dass sie es nicht waren. Manchmal verband sich damit das Gefühl eines grösseren Volumens des ganzen Körpers. Gleichzeitig schwebte zuweilen vor meinen Augen das Bild einer voluminösen Stecknadel, das sich auf eigenthümliche Weise mit dem Gefühl der dicken Finger verwirrte. **)

In den späteren Jahren kamen subjektive Sensationen bei mir nicht mehr vor, wohl aber noch vor dem Einschlafen Gehörs- und Gesichtsphantasmen. Die letzte Vision war eine Thiergestalt, über der ein kolossaler Menschenkopf mit langem, wallendem Haare schwebte. ***)

*) Ueber die phantastischen Gesichtserscheinungen p. 79.

**) Correspondenzblatt für Psychiatrie, 1855, Nro 11.

***) S. meine psychiatr. Abhandlungen, 2. Heft pag. 18.

Joh. Müller hat die subjektiven Bilder des Sehfeldes vor dem Einschlafen ausführlicher beschrieben. Er war dieser Erscheinungen auch zu jeder Zeit des Tages fähig. Durch *Fasten* konnte er sie zu einer wunderbaren Lebendigkeit bringen. Nie hatte er sie nach Weingenuss. Er citirt *Cardanus*, *Spinoza*, *Nicolai*, *Gruithuisen*, *Fr. Nasse* u. A., die diese Phantasiebilder aus Selbstbeobachtung kannten und beschrieben. (l. c. p. 20 u. ff.)

Phantasmen bei Kranken.

Ein mehre Monate melancholisches Mädchen hatte manchmal am hellen Tage die Erscheinung von Flammen und feurigen Kugeln, die in der Luft schwebten. Sie blieb dabei gleichgültig, sie dachte sich nichts Besonderes dabei, und bei dem Mangel an Reflexion darüber kam es nicht zu einer verkehrten kausalen Begründung, das Phantasma wurde nicht zur Hallucination.

Nicolai *) bei dem im Zustande der Gesundheit die leuchtenden Phantasmen nur zwischen Schlaf und Wachen eintraten, hatte solche auch am hellen Tage, Monate lang, als er krank war. Er hat sie selbst genau beschrieben. In den letzten Monaten durch verschiedene unangenehme Vorfälle gekränkt, hatte er einen gewohnten Aderlass und das Ansetzen der Blutegel übergangen. Am 24. Febr. 1791, als eben unangenehme Dinge sein ganzes moralisches Gefühl empört und ihn in eine heftige Gemüthsbewegung versetzt hatten, stand *plötzlich* die Gestalt eines Verstorbenen vor ihm. Noch denselben Tag erschienen andere wandelnde Phantome. Später sah er die Gestalt des Verstorbenen nicht mehr, hingegen kamen viele andere bekannte und unbekannte Personen zum Vorschein; erstere waren lebende, entfernte Personen. Die Phantasmen erschienen unwillkührlich, und *Nicolai* war durch die grösste Anstrengung nicht im Stande, nach Willkühr diese oder jene Personen hervorzubringen. Ausser menschlichen Gestalten, die ihm sowohl in der Einsamkeit, als in Gesellschaft, in fremden Häusern nicht so häufig, auf offener Strasse selten erschienen, sah er auch Hunde und Vögel. Mit der Zeit kamen diese Erscheinungen häufiger, nach vier Wochen fingen sie auch an zu reden, sie sprachen unter sich, doch meistens redeten sie den Kranken an. Am 20. April, Vormitags um 11 Uhr

*) J. Müller, l. c., p. 26 und 77 u. ff.

wurden Blutegel an den After gelegt. Das Zimmer wimmelte von menschlichen Gestalten aller Art, die sich unter einander drängten. Ungefähr um halb fünf Uhr wurden die Bewegungen der Gestalten langsamer, kurz darauf ihre Farben blasser; sie nahmen mit jeder Viertelstunde immer mehr ab, ohne dass die bestimmte Figur der Gestalten wäre verändert worden. Etwa um halb 7 Uhr waren alle Gestalten ganz weiss und bewegten sich nur wenig, doch waren die Umrisse noch sehr bestimmt; nach und nach wurden sie merklich unbestimmter, ohne dass ihre Anzahl abnahm, wie sonst oft der Fall gewesen. Die Gestalten gingen nicht weg, sie verschwanden auch nicht, wie sonst sehr oft. Jetzt zerflossen sie gleichsam in der Luft. Von einigen Figuren waren eine Zeit lang einzelne Stücke zu sehen, die nach und nach auch vergingen. Ungefähr um acht Uhr war nichts mehr von den Gestalten zu sehen, und sie erschienen nachher nie wieder.

Dr. *Hr. Hoffmann* *) macht zu diesem auch von ihm erzählten Falle die interessante Notiz, dass *Göthe*, der mit *Nicolai* in literarischer Fehde lag, diesen als *Proctophantasmisten* in der Walpurgisnacht erscheinen lässt. Nun wird vielen Lesern der betr. kleine Abschnitt im Faust verständlich sein.

Romberg **) theilt 2 Fälle mit, die sich durch grosse Lebhaftigkeit und Monate resp. Jahre lange Dauer der Gesichtsphantasmen auszeichneten, ohne Hinzutritt geistiger Störung. In beiden Fällen apoplektische Anfälle mit Lähmung der Glieder. Die Section wies bedeutende organische Hirnleiden nach, in dem einen sogar vollständige Atrophie beider Sehnerven, der die gänzliche Erblindung während des Lebens entsprach; aber dennoch blendende Erscheinungen und lebhafte phantastische Gestalten.

Das sind also subjektive Sinnesempfindungen, wohl krankhaften Ursprungs, aber ohne Irrthum des Vorstellens. Sie finden sich bei den verschiedensten körperlichen Erkrankungen, theils allgemeinen, bei Blutleiden, Vergiftung, Anämie, Erschöpfung etc., theils örtlichen, Läsionen des Gehirns u. s. w. Es sind pathologische Phantasmen, aber darum noch nicht psychopathische, noch nicht Hallucinationen.

---

*) Die Physiologie der Sinneshallucinationen, Frankfurt a. M, 1851.

**) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1. Bd. 3. Aufl. p. 136.

Dieses werden sie erst, wenn sich ihrer das Vorstellen in der Art bemächtiget, dass sie als Wirkung von Ursachen betrachtet werden, die in der Wirklichkeit nicht existiren.

Der deutlichste Fall von Sinnesdelirium, den ich aus eigener Erfahrung kenne *), betraf einen Melancholiker, dessen Aufregungszustände mit Gehörs- und Gesichtsphantasmen traurigen, finsteren, drohenden Inhalts verknüpft waren. Man brachte den Mann in meine Anstalt mit der Bemerkung „ach, der ist nicht eigentlich verrückt, der weiss ganz gut, was er thut; er hat nur fixe Ideen; sonst ist er ganz vernünftig." Allerdings in seinen ruhigen Stunden sprach er vernünftig, ohne Verwirrung; man konnte sich mit ihm recht gut unterhalten; er hatte ein treues Gedächtniss und ein richtiges, klares Urtheil über sich und seine Verhältnisse; er war anständig, thätig, ein ordentlicher Mann in jeder Beziehung. Aber fast täglich in der ersten Zeit seines Hierseins, namentlich Morgens und Abends versetzten ihn seine Sinnesphantasmen in die schrecklichste Angst und Unruhe. Er hörte Stimmen: „W. soll fort", „wir wollen ihn binden", „Du sollst vor Gericht", „W. wird ermordet, gefangen, abgeschlachtet". Er hörte, wie er sagte, das Schleifen der langen Seile über die Erde, mit denen der Sack, in den man ihn stecken wolle, zugebunden werden sollte; er hörte das Schärfen des Beiles, womit man ihn hinrichten wollte. Manchmal hörte er Frauen und Kinder über ihn jammern: „der arme Junge!" Er hörte ein anderes Mal, wie man ein Loch im Felde ausgrub, worein man ihn werfen wolle. Manchmal sah ich ihn gestreckten Halses auf dem Gartentische stehen, um über die Gartenmauer zu sehen, hinter der seine Schwester geschrieen habe. „Da schreit sie wieder, hören Sie nichts?" Auch tönten in seinem Ohre Vorwürfe über Unsittlichkeiten. Er eilte wohl auf andere Personen zu und fragte: „was sagen Sie da? ich soll fort? was soll ich gethan haben? Das ist doch nicht wahr!" Er beschwerte sich über einige Arbeiter in der Anstalt, dass sie ihm Vorwürfe über seine frühere Lebensweise machten. „Das ist doch zu arg, so Etwas hören zu müssen!

Auch Gesichtshallucinationen ängstigten ihn, doch waren sie seltener. Er behauptete mehrmals, den Karren gesehen zu haben, auf dem

*) S. Irrenfreund 1862. Nro 10.

er fortgebracht werden solle; mehre Leute hätten denselben vor das Fenster seines Zimmers gefahren. Einige Mal lief er an das Gartenthor, behauptend, seine Schwester sei vorbeigegangen; auch Bekannte aus der weit entfernten Heimath wollte er hier gesehen haben.

Dieser arme Kranke verwechselte also seine subjektiven Bilder mit Aeusserlichkeiten, und er glaubte an deren Realität. Er blieb nicht gleichgültig bei seinen Phantasmen, er schaute und hörte sie nicht mit ruhiger Reflexion, er sagte sich nicht, das sind Trugbilder, nein seine im Gesichte ausgeprägte heftige Angst, seine Agitation, sein ungestümes Klopfen an Thür und Fenster, sein Bitten und Rufen um Hilfe bewiesen hinlänglich, dass er die Objektivität dieser schrecklichen Phantasmen anerkannte. Wollte man ihn beruhigen, so sagte er wohl „Ja, Sie haben gut sagen, aber ich höre ja, wie sie rufen.“ Manchmal riss er mich bittend und ängstlich fort, mit ihm dahin zu gehen, von woher ihm die Stimmen, das Jammern und Rufen, kamen. An Ort und Stelle angelangt sagte er dann „das ist doch kurios, da ist Nichts.“ Einmal ging ich mit ihm auf das nahe Feld, wo man, wie er gehört habe, an dem Grabe für ihn gearbeitet habe. »Nein, da ist es nicht, da auch nicht; wir wollen mal dahin gehen.“ Als wir in der ganzen Umgebung kein Loch fanden, wurde er ruhiger, ohne seinen Irrthum anzuerkennen. Wenn er ängstlich flehend mit der Bitte zu mir kam, den Leuten zu befehlen, dass sie ihm Nichts thun und nicht solche Dinge von ihm aussagen möchten, so bewies er deutlich, dass er den subjektiven Ursprung seiner Sinneswahrnehmungen nicht anerkannte, sondern fest an ihre äussere Eindrücke glaubte. Nicht seine Sinne täuschten sich, er sah und hörte wirklich diese schrecklichen Dinge, aber sein Verstand irrte sich in ihrer kausalen Begründung. Das war also ein Hallucinant, ein Geisteskranker.

Es ist nicht nothwendig, hier weitere Beispiele psychopathischer Phantasmen mitzutheilen. Der Leser kann solche überall in der Literatur finden oder kennt solche aus eigener Erfahrung.

Hallucinationen kommen auch bei vollständig geistesgesunden Menschen vor, d. h. bei Menschen, die *ausser* der Zeit des Bestehens der Täuschung geistesgesund sind. Aber *während* dieses Bestehens sind sie Irren gleich zu achten. Wenn Jemand beim Einschlafen oder des Nachts durch das deutliche Hören seines Namens geweckt wird, und sich nicht im Augenblicke sagt, diese Stimme ist subjektiven Ursprungs, sondern

hastig, erregt, ängstlich oder erwartend aus dem Bette springt und ruft „wer ist da?“, dann noch die Thür öffnet und horcht, ob Jemand da ist, — so ist er in dieser Zeit irre, so lange, bis er sich bewusst wird, dass der Ton in seinem Gehirn entstand, und dass ausser ihm Niemand seinen Namen nannte.

Ein zwölfjähriges Mädchen sieht eines Abends, kurz nachdem sie sich zu Bette gelegt, ihre Schwester mit einem Lichte in der Hand am Fussende des Bettes stehen und sich dann hinter dasselbe niederbücken. Sie glaubt, die Schwester wolle sie ängstigen, sie glaubt, nachdem es wieder dunkel ist, jene sei wirklich da gewesen. Etwas ängstlich bleibt sie wach nnd fragt ihre später eintretende Schlafgenossin, was ihre Schwester gewollt, sie sei da gewesen, wahrscheinlich um sie zu ängstigen Jene weiss von dem Umstande Nichts und sagt, es sei doch merkwürdig, wenn die Schwester sie habe ängstigen wollen. Obgleich das hallucinirende Mädchen nach der Erscheinung *nicht* gehört und gesehen, dass ihre Schwester das Zimmer verlassen, und dieser Umstand ihr eigenthümlich vorkam, so beseitigte er doch nicht ihren Irrthum. Noch am andern Morgen fragte sie ihre Schwester, ob sie nicht Abends vorher bei ihr gewesen, und was sie gewollt, sie habe sie ja ganz deutlich gesehen.

Wir *nennen* solche Personen nicht geisteskrank, weil sie nur auf ganz kurze Zeit, nicht dauernd, unfähig sind, ihren Irrthum zu erkennen, weil sich auch sonst keine Zeichen geistiger Störung darbieten. Aber im Momente ihrer Hallucination sind sie so gut irr, als dauernd Geistesgestörte. Es ist irgend eine *Gehirn-Affection* da, aus der das Phantasma entspringt, sie halten dieses für eine äussere Erscheinung, sie sind gemüthlich durch dasselbe erregt, gespannt, ängstlich, erwartend; es schliessen sich andere Vorstellungen an, durch die das Phantasma erklärt wird; die Allgemeingefühlsnerven (das Gemüth) werden nicht allein ergriffen, auch die motorischen Nerven; entsprechende Bewegungen, Aufstehen, Aufspringen, Nachfragen und Nachforschen etc. beweisen den Glauben an die Realität der Erscheinung, und in dem Momente des Affektes wird die herrschende Vorstellung nicht korrigirt durch äussere Eindrücke oder das Fehlen von Sinneswahrnehmungen, die eintreten könnten oder müssten, wenn die Sinnes-Erscheinung objektiv begründet wäre.

Grade so ist es bei *dauernd* Geistesgestörten? Ich finde keinen

Unterschied, als den bezüglich der *Dauer*. Ebenso ist der *Traum* ein vorübergehendes Irresein, das sich fast ausschliesslich in phantastischen Erscheinungen bewegt. Ist auch der Gehirnzustand ein physiologischer, der Träumende ist doch unfähig, seinen Irrthum zu erkennen, er hält Alles für Wirklichkeit, und Niemand wird ihm anrechnen, was er in diesem Zustande begeht.

Wo ist der *Sitz* der Hallucination? welches ist ihre *anatomische* Grundlage?

Alle unsere Empfindungen sind Zustände des Gehirns, der centralen Enden und Ausbreitungen der Sinnesnerven, aber der Anstoss zur Empfindung kann von *jedem* Theile des Verlaufes des Sinnesnerven aus erfolgen; sie erfolgt so gut durch centrale, wie durch periphere Anlässe. Der *Ort* des Empfindens ist unwandelbar, es ist das Innere des Gehirns, der Ort des Empfindungsreizes wechselt. Der Blindgeborene kann noch subjektive Gesichtsempfindungen haben.

Phantasmen bei Blinden.

Der in den ersten Tagen seines Lebens erblindete Flötenspieler Dulon sah zuweilen im Traume grässliche verzerrte Gestalten, wenn auch immer nur dieselben. Eine alte stockblinde Hebamme klagte, dass nichts sie mehr quäle, als öftere Erscheinungen, nicht von Geistern, sondern von Thieren und Menschen, die sie leibhaftig mit grellen Farben vor sich sähe, als ob sie nicht blind wäre. *)

Hallucinationen bei Blinden und Tauben.

Ein Kaufmann wurde im 44. Jahre vom schwarzen Staar befallen. Nach einigen Jahren wurde er tobsüchtig. Er sprach laut mit Personen, die er zu sehen und zu hören glaubte Er sah die wunderlichsten Dinge und wurde oft durch seine Visionen entzückt. (*Esquirol.*)

Eine 38 Jahre alte Jüdin, blind und tobsüchtig, sah die sonderbarsten Dinge. Sie starb plötzlich. Die Sehnerven waren in ihrem ganzen Verlaufe atrophisch. (*Esquirol.*)

B., blind, sah häufig Dinge, die ihn in Aufregung versetzten. Man hielt ihm seine Blindheit vor. Aber das beruhigte ihn nicht Sein Auge, meinte er, sei mit einem beweglichen Schleier verhüllt; wenn

*) J. Müller, l. c. p. 31.

dieser sich entferne, erlange er für einen Augenblick sein Gesicht wieder. (*Delasiauve.*)

Magdalene K, blödsinnig im höchsten Grade, vollkommen erblindet, starb in ihrem 64. Lebensjahre, nachdem sie fast 43 Jahre in der Irrenanstalt versorgt worden war. Noch im letzten Jahre ihres Lebens äusserte sie mehrmals, eine gewisse Gestalt vor sich zu sehen, die sie Wilhelm nannte und für ihren Bräutigam hielt. Sie führte sogar noch an, dass er auf seinen Schuhen silberne Schnallen trage. Beide Nv. opt. waren ihrer ganzen Länge nach fast verschwunden; graue dünne Reste ohne Spur von weissem Marke. (*Bergmann*).

In der Salpêtrière lebten zwei ganz taube Frauen, die sich Tag und Nacht mit Personen zankten, welche, wie sie angaben, sie beleidigten und bedrohten. (*Esquirol.*)

Ein tauber Geistlicher verfasste in verschiedenen Sprachen Abhandlungen, Briefe, Gedichte, die ihm der Erzengel Michael diktire.

(*Calmeil*).

Aehnlicher Beispiele finden sich noch mehre in der Literatur. Sie beweisen also, dass der Sitz der Hallucinationen die centrale Ausbreitung der Nerven ist. Wir haben sie als *cerebrale* Zustände zu betrachten.

Es ist bekannt, dass die sensorische Thätigkeit, durch die verschiedensten Reize geweckt wird, nicht nur durch periphere, sondern auch centrale, durch psychische Vorgänge, durch Veränderungen des Blutstromes, Störungen der Ernährung, organische Läsionen, und dass der Sinnesnerv auf alle verschiedene Reize nur in der ihm eignen Weise reagirt, der Sehnerv durch Licht, Farbe und Gestalten, der Gehörnerv durch Töne u. s. w. Aber Weiteres über den Vorgang im Sinnesnerven selbst ist uns nicht bekannt.

(Fortsetzung folgt.)

Sympathische Geistesstörung.

Die Störung der Hirnfunctionen durch extracerebrale Zustände ist nichts Auffallendes und Seltenes. Wir beobachten Delirium bei Entzündung der Organe, bei peripheren Verletzungen; momentane Sistirung

des Gehirnlebens, Ohnmachten, Bewusstlosigkeit bei Herzleiden, Cirkulationsstörungen. Man kann sich dieses psychische Mitleiden nicht anders als durch die leitenden Nervenbahnen oder den Blutstrom vermittelt denken.

Die alten Aerzte bis auf unsere Zeit nahmen das Irresein sehr häufig als ein sympathisches, viel häufiger, als die jetzigen Aerzte es thun. Besonders wurden Krankheiten des Unterleibs gern als der Ausgangspunkt geistiger Störungen betrachtet, und daraus entstand der Missbrauch mit verschiedenen auf die Leber, den Darmkanal, den Mastdarm wirkenden Arzneien.

Die Physiologie beweist über allen Zweifel hinaus, dass das Gehirn der Sitz des Geistes ist, und seitdem die Sectionen der Leichname an der Tagesordnung sind, werden täglich bei Geisteskranken Veränderungen des Schädel-Inhaltes nachgewiesen.

Das Dogma, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, dieser Fundamentalsatz der ganzen Psychiatrie, steht unangreifbar fest. Ist die Möglichkeit und Wirklichkeit, dass die Verrichtungen des Gehirns, dass das geistige Leben durch Vorgänge und Zustände ausser dem Gehirn beeinflusst und abgeändert werden, nun auch nicht zu leugnen, so haben wir doch in jedem, auch dem kürzesten Falle von Irresein ein Leiden des Gehirns selbst vor uns; die Störung seiner Function ist ohne irgend eine Abänderung in seinen anatomischen Theilen nicht denkbar.

Die Frage, *wo* der Ausgangspunkt dieser Störung und Abänderung liege, ob im Gehirn selbst oder im übrigen Körper, ob das Irresein also idiopathisch oder sympathisch sei, ist im konkreten Falle längst nicht immer zu entscheiden. Selten kennt der Arzt, am wenigsten der Irrenarzt, aus eigner Beobachtung die ersten Symptome der Erkrankung des Individuums, und die Ursachen bleiben ihm häufig verborgen; auch der Hausarzt des Kranken konnte selten die Entwicklung und den Fortschritt der Krankheit verfolgen.

Gewöhnlich tritt dem Arzte die Geistesstörung als ein fait accompli entgegen, als ein Komplex von Symptomen, in welchem er, unbekannt mit seiner Entwicklung, das Primäre vom Sekundären nicht unterscheidet.

Verschiedene Symptome und Zustände, aus denen man auf den sekundären, sympathischen Charakter des Irreseins schliessen möchte, können selbst Folgezustände sein, beispielsweise die Atonie des Darmkanals, Lungentuberkulose. Andere Zustände sind mit der Psychose

Coëffecte derselben Ursache, z. B. Menostasie, Dislokationen des Uterus bei Anämie und Entkräftung. Selbst das Blutleiden kann durch die Gehirn-Erkrankung, durch die mit ihr verbundenen Verdauungsstörungen, Gemüthsaffekte, Muskelactionen u. s. w. bedingt sein.

Mit Sicherheit ist also der sympathischen Geistesstörung ein grosses Feld nicht einzuräumen. Uebrigens ist auch die Frage nach dem idiopathischen oder sympathischen Charakter des Irreseins durchaus nicht von so grosser praktischer Bedeutung, als es a priori scheint. Einmal lassen sich manche Organleiden, von denen man die Psychose abhängig glaubt, gar nicht oder nicht rasch und direkt beseitigen, und dann, sind sie auch beseitigt, ist damit noch nicht immer die Geistesstörung verschwunden, ebenso wenig, wie ein Irrer, der nach Vermögens-Verlusten erkrankte, durch Versetzung in glückliche Verhältnisse sogleich wieder verständig wird. Das „causa sublata tollitur effectus“ trifft nicht sehr häufig bei Geisteskrankheiten zu. Die selbstständig werdende Gehirnkrankheit überdauert ihre Ursachen und erfordert eine besondere Behandlung. Sedativa oder Excitantia, Tonica, Regulirung der Diät, Sorge für gesunde Luft, Reinlichkeit der Haut, äussere Ruhe, richtiger Verkehr, Bewegung, Zerstreuung zur rechten Zeit und durch passende Mittel, Abhaltung neuer Schädlichkeiten u. s. w. — das sind, je nach dem Charakter und dem Stadium des Gehirnleidens und je nach der Individualität des Gehirnkranken die Mittel, unter deren Gebrauch die Psychose, wenn sie überhaupt noch heilbar, wenigstens langsam und allmälig verschwindet. Ausnahmsweise kommen plötzliche, rasche Heilungen vor. Die Praxis beweist also, dass man der Theorie des sympathischen Irreseins keine grosse Wichtigkeit beilegt. Aber ganz fallen lassen darf man sie nicht.

Sind nun auch extracerebrale Organe selten die Träger des Gehirnleidens, so fordert doch selbstredend die mit ihm verbundene Störung dieser oder jener Function oder des Allgemeinbefindens zu ihrer Beseitigung auf. Durch diese wird dann die Heilung des psychischen Leidens begünstigt und erleichtert, oder es verschwinden besondere, einzelne Symptome desselben, gewisse Wahnvorstellungen, krankhafte Triebe, was ja immerhin ein grosser Gewinn ist, wenn auch das Irresein nicht ganz verschwindet.

Also niemals darf in einem konkreten Falle von Irresein die genaue Untersuchung des ganzen Körpers unterbleiben.

Ein Brandstifter.

Verdacht geistiger Störung. Verurtheilung.

Der Angeklagte ist ein Landmann im Alter von 53 Jahren. Das Schwurgericht des Marne-Departements verurtheilte ihn zu 5 Jahren Zuchthaus. Es hatten sich Zweifel erhoben betreffs seiner geistigen Gesundheit, aber die Wissenschaft, vertreten durch die Herren *Parchappe, Blanche* und *Rousselin*, erklärte, dass, wenn auch Anbetrachts einer geistigen Schwäche von Haus aus, die durch Trunksucht gesteigert wurde, P. F. Leblanc einige Nachsicht verdiene, er doch nicht als irre und unzurechnungsfähig betrachtet werden könne.

Die Untersuchung gestattete übrigens Bedenken. Leblanc, der als Kind an hartnäckigem Kopfgrind litt, blieb beschränkt, war verschlossen und eifersüchtig. Sechszehn bis 18 Jahre alt fing er an zu trinken und fügte sich ungern dem Willen seines Vaters. Die Narben der Tinea hatten die Befreiung vom Militärdienste zur Folge. Krämpfe, die sich vorher einstellten und nachher kaum sich wiederholten, konnte man für simulirte halten. In seiner ersten Ehe, Dank dem Einflusse seiner Frau, hütete er sich vor Excessen. Wittwer geworden, wird er wieder unmässig und sittenlos. Die zweite Ehe, aus der zwei Kinder stammten, hatte eine Trennung auf dem Wege des Vergleiches zur Folge. Eifersüchtig, anspruchsvoll und grob, hatte er nach Aussage der Frau einen so sonderbaren Charakter, dass das Zusammenleben mit ihm unmöglich war.

Man hielt ihn für träge, für einen Fresser, einen Dieb und für beschränkt, aber nicht für geisteskrank. So lautet das Gutachten zweier Aerzte seiner Heimath. Im Jahre 1858 wurde auf Grund unsinniger Verschwendungen die Interdictionsklage gegen ihn erhoben. Das Gericht beschränkte sich darauf, ihm in der Person seines Bruders A. Leblanc einen gerichtlichen Beistand zu ernennen.

Diese Vormundschaft ist die Veranlassung häufiger Streitigkeiten unter ihnen, die nach der Eröffnung des väterlichen Testamentes schlimmer werden. Der Angeklagte, auffahrend, Querulant sucht durch alle Mittel sein Erbtheil zu vergrössern. Seine Bitterkeit entartet seitdem in tiefe Rachsucht, der Entschluss sich zu rächen keimt auf. Zuerst spricht er von einem demnächstigen Brande im Dorfe. In der Nacht vom 30. Dec. 1863 bricht Feuer aus in der Scheune des A. Leblanc;

acht Häuser werden zerstört. Der Verdacht gegen Felix Leblanc wird bald zur Gewissheit.

Die Sachverständigen haben konstatirt, dass der Kopf des Angeklagten klein, die Stirn schmal und niedrig ist. Bei der ersten Untersuchung gestand er die That und gab an, dass er nach einem Schlag auf den Kopf mit einer Kelle häufig an geistiger Verwirrung leide; seit acht Tagen „il battait la campagne“ (heisst: herumstreifen *und* verwirrt reden Ref). Bei dem zweiten Besuche wollte er die Experten nicht wieder erkennen, seine Erinnerung sei trübe; er führte die Hand an die Stirn, als ob er Schmerz habe. – Ein Mitgefangener, dem Leblanc sich vertraut hatte, verrieth seine List. Leblanc, der hörte, dass sein Schicksalsgenosse vor Gericht geladen, rief aus: „mein Schicksal hängt von ihm ab.“

In diesem Ensemble von Sonderbarkeiten springt ein Krankheitssymptom nicht deutlich hervor; keine Verwirrung, kein Stupor, kein Schwanken des Wollens, keine Sinnestäuschungen oder fixe Ideen. Die Rache hat das Verbrechen diktirt. Zwar beweisen die Antecedentien keine grosse Selbstbeherrschung, aber die Grenzlinie des normalen Zustandes wurde nicht überschritten.

Wir billigen es, dass unsere Kollegen bei ihrem Gutachten den billigen und menschlichen Wunsch aussprachen, zu Gunsten des Angeklagten die strengen Gesetzes-Bestimmungen zu mildern. *D.*

Journ. de Méd. Mentale 1865. Nro 2.

Warum sprachen die Experten diesen Wunsch aus? Jedenfalls, weil der Angeklagte ihnen nicht den Eindruck eines vollständig zurechnungsfähigen Mannes machte, ohne dass sie ein Irresein deutlich nachweisen konnten; Verwirrung, Stupor, Sinnestäuschungen, fixe Ideen können fehlen während *der* Zeiten, wo ein Angeklagter von Sachverständigen untersucht wird. Um sie nachzuweisen, genügen nicht immer zwei oder drei Termine. Man muss den Rubrikaten in den verschiedensten Situationen oder längere Zeit beobachten. Auch sind die psychischen Schwächezustände nicht immer leicht von normaler Geistesverfassung oder von Immoralität zu unterscheiden, und letztere schiebt sich nicht selten in verwirrender Komplikation in den Schwachsinn hinein.

Dass letzterer, wenn auch in geringerem Grade, bei dem Angeklagten vorhanden, ist nach den allerdings dürftigen Notizen kaum zu bezweifeln. Beschränktheit von Haus aus, schon in jugendlichem Alter Trunksucht, ein verschlossenes Wesen, Sonderbarkeiten des Charakters, Trägheit, dabei auch Unmässigkeit im Essen — ist das nicht ein Kom-

plex von Erscheinungen, wie man sie bei Blödsinnigen findet? Und diese Symptome bei Kleinheit des Vordergehirns! Die Leidenschaftlichkeit, der Egoismus, die Sucht zu täuschen und zu simuliren disharmoniren nicht mit Schwachsinn. Reizbarkeit und Selbstsucht basiren bei Schwachsinnigen manchmal auf Ueberschätzung und Beeinträchtigungswahn, den man nicht immer sogleich entdeckt. Die Kranken müssen genau sondirt und beobachtet werden. Nach Ansicht des Ref. gehörte Leblanc in eine Irren-Anstalt, wenigstens zunächst behufs näherer Beobachtung und genauer Feststellung seines Zustandes.

Ein Fall akuter Tobsucht nach einer Gemüthsbewegung.

(Journ. de Méd. Mentale, 1867, Nro 5.)

Victorine M., 20 Jahr alt, verfiel Ende Febr. 1866 nach einer heftigen Gemüthsbewegung plötzlich in Tobsucht. Manchmal, das Haar ungeordnet, das Gesicht blass, scheint sie vor sich hinstarrend in eine unbekannte Welt zu schauen, andere Mal ist sie geschwätzig, verwirrt, sie bewegt sich kräftig in der verschiedensten Weise je nach zufälligen Eindrücken und Gedanken; der Puls ist beschleunigt, die Haut trocken, nicht heiss, der Kopf brennend, Urin sparsam. Ihr erster Arzt verordnete Tonica, der zweite Douchen. Am 7. Tage hatten die Erscheinungen eher zu- als abgenommen. Nun wird *de Lucé* konsultirt. Er verordnet Isolirung in einem dunkeln Zimmer, kühle Getränke, kalte Aufschläge auf den Kopf, ein Klysma mit Valeriana, Chinin, Tct. opii und Campher, endlich einen Thee von Lattich und Orangenblumen mit Morphium muriat., stündlich.

Diese Behandlung wurde 6 Tage lang fortgesetzt. Da aber die Kranke nur während der Somnolenz ruhig war, verordnete *de Lucé* Atropin valerian. und Ammon. acet. Nach kaum acht Tagen war die Besserung sehr merklich. Die Kranke war nur Abends und Nachts ein wenig unruhig; auch war sie sehr schwach. Nun traten Frostanfälle ein, und es entwickelte sich eine wahre Tertiana. Während des Fiebers Zeichen von Erschöpfung; Zunge trocken, fuliginös; Chinin und kräftige Diät. Nach einigen Tagen vollständige, dauernde Heilung.

Eine ähnliche Manie trat bei einem andern jungen plethorischen Mädchen von 16 Jahren auf, die von einem brutalen Menschen angegriffen wurde, der glaubte über ihre Keuschheit triumphiren zu können. Sie wurde in weniger als 8 Tagen geheilt, durch laue Bäder, einen Aderlass und einfache beruhigende Mittel.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 6. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen. **Dr. Brosius**, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ueber Hallucinationen und Illusionen (Forts.). Gesetzliche Verfügungen betreffs Aufnahme von Geisteskranken in Anstalten. Hephata. Menstruation und Irresein. Chronische Periencephalitis neben epileptischer Geisteskrankheit.

Ueber Hallucinationen und Illusionen.

Von Dr. Brosius.

(Fortsetzung.)

„Illusion" wird definirt als verkehrte Auffassung der Beschaffenheit und des Wesens *äusserer* Objekte *), als eine *von aussen* angeregte, dem äusseren Reize nicht entsprechende Sinnesempfindung **), als falsche Deutung äusserer Objekte ***).

Die Basis, der Ausgangspunkt der Hallucination ist eine *subjektive*, der Illusion eine *objektive* Empfindung. Dort ist nichts Greifbares, Aeusseres, Reales, aber es wird vorgestellt, als vorhanden angenommen — hier ist etwas Aeusseres, aber es wird verkehrt vorgestellt; dem Eindrucke auf den Sinnesnerven folgt eine falsche Wahrnehmung. Es ist eine Hallucination, wenn man reden hört, ohne dass gesprochen wird, eine Illusion, wenn man Gesprochenes missversteht.

Der Grund der Illusion liegt in Zuständen der Sinnesorgane oder der Seele. Die Illusionen der Distanzsinne können ihre erste Veran-

*) Hagen, die Sinnestäuschungen § 10. **) Leubuscher, über die Entstehung der Sinnestäuschung, p. 21. ***) Griesinger, 2. Aufl. p. 85.

lassung auch in der Beschaffenheit des Mediums haben, durch welches die Eindrücke zu ihnen gelangen; dieses *allein* schafft aber niemals die Täuschung, sondern letztere erfordert immer noch erst ein besonderes *psychisches* Moment.

Unsere bewussten Sinneserregungen, Empfindungen, werden erst durch die sog. Apperception, d. h. durch Verschmelzung mit Vorstellungen, scharf, deutlich, lebhaft. Ohne das begleitende Vorstellen, den Hinzutritt verwandter Anschauungen, kann aus dem Sinneseindruck nicht eine oder höchstens nur eine matte undeutliche Empfindung werden, wie die Jedem aus Erfahrung bekannten Zustände der Abstraction, Zerstreutheit beweisen. Sobald der Sinneseindruck zur Vorstellung geworden, zieht diese Vorstellungen eines früher Wahrgenommenen heran, durch welche die Empfindung noch weiter vervollständigt wird.

Durch die Apperception wird die Empfindung deutlich und richtig zugleich. Werden aber aus irgend einem Grunde die Vorstellungen, welche der Sinneseindruck sonst aus dem Inhalte der Seele gewöhnlich heranzieht, verschwiegen, fehlen die Elemente, welche das verwandte Vorstellen in die Perception hineinlegt, so *erscheint* letzteres auch anders, als gewöhnlich; die Empfindung weicht dann von der Norm ab, sie entspricht nicht dem äussern Reize oder den wirklichen Verhältnissen des Objektes, von dem der Sinneseindruck ausgeht, sie ist Illusion.

Dieser Mangel nun, das Fehlen entsprechender Vorstellungen bei einer Sinneserregung ist ein (das negative) Moment der Illusion.

Das Erkennen eines Gegenstandes ist bedingt durch die Vereinigung der augenblicklichen Empfindung mit der Vorstellung des Gegenstandes. Wenn ein Kranker ihm von früher her wohl bekannte Personen und Gegenstände nicht wieder erkennt, so muss ihm augenblicklich die Vorstellung, die Erinnerung an sie fehlen. Damit er sie aber für bestimmte *andere* Personen und Gegenstände halte, ist es nöthig, dass zu ihrer Wahrnehmung eine *besondere* Vorstellung anstatt der verwandten, dem Objekte entsprechenden, trete. Diese nicht verwandte *besondere* Vorstellung ist das zweite (positive) psychische Moment der Illusion, welches deren Qualität und Inhalt bestimmt, während von dem negativen das Zustandekommen der Illusion überhaupt abhängt.

Sehr leicht treten zu irgend einem Sinneseindrucke augenblicklich lebhafte, im Bewusstsein vorherrschende Vorstellungen. Daher fassen wir die Sinneseindrücke in Zuständen der Angst, des Misstrauens oder

der Freude, Erwartung und Hoffnung leicht illusorisch auf (*Schiller*'s Erwartung, *Göthe*'s Erlkönig).

Gewöhnlich sind dominirende Gedanken die Ursache, dass der Sinnesempfindung die ihr zugehörenden Vorstellungen mangeln, da letztere gleichsam durch jene in den Hintergrund des Bewusstseins gebannt werden. Die dann, wie in Zuständen der Abstraction, unvollständige Empfindung wird qualitativ vollends alterirt, wenn die Elemente der herrschenden Vorstellung sich mit dem Inhalte der Empfindung vermischen; dem Bilde dieser wird der Typus des Vorstellungsbildes aufgedrückt; aus dem (objektiven) Empfindungsbilde und dem (subjektiven) Vorstellungsbilde entsteht ein Vereinigungsbild, in welchem das psychische um so mehr vorwiegen wird, je stärker und lebhafter einerseits das Vorstellen, z. B. bei erregter Phantasie, im Affekt, und je unvollkommener andrerseits die sinnliche Empfindung ist, z. B. bei Schwäche der Sinne, im Dunkeln u. s. w.

Abgesehen also von den die Illusion begünstigenden oder zuerst veranlassenden Momenten, Beschaffenheit des (atmosphärischen etc.) Mediums, welches die Sinneseindrücke passiren, besonderen Zuständen der Sinnesapparate, der peripheren oder centralen Enden der Nerven, welche die Perception abändern — ist die Illusion wesentlich ein psychischer Vorgang, der im gewöhnlichen, ruhigen Zustande der Seele nicht möglich ist, weil dann die Empfindung jedesmal die ihr entsprechenden Vorstellungen aus dem Reservoir des Gedächtnisses heranzieht, somit auch der Beschaffenheit des Objektes entspricht, von dem der Sinneseindruck ausgeht. Aber wenn das gewöhnliche psychische Leben nur in etwa sich ändert, der Gang und Verlauf des Vorstellens, der Grad und die Richtung der Aufmerksamkeit, wenn gewisse Vorstellungsgruppen überwiegen, in allen Affekten, sind Illusionen leicht möglich.

Auch die Illusion ist keine *Sinnes*täuschung. Wenn nach dem Genusse süsser Speisen der Wein sauer schmeckt, so ist diese Empfindung ebenso wenig Täuschung, als der erhöhte Geschmack des Weines nach dem Genusse von Käse, Nüssen etc. Der durch besondere Einwirkungen auf die Zunge abgeänderte *Geschmack* des Weines ist wirklich vorhanden, aber Illusion, Täuschung wäre die Annahme chemisch saurer Beschaffenheit des Weines, in Folge des Mangels der Vorstellung, des Vergessens, dass kurz vorher Süsses genossen wurde; hier läge *intellektuelle* Täuschung vor.

Ein Jäger sieht ein Wild an einer Stelle sich niederlegen; in gespannter Erwartung, das Wild dort zu finden, nähert er sich der Stelle; ein Haufen Erde mit Laub oder ein Stein wird in seinem Auge zu dem Bilde des Wildes umgewandelt. Die Phantasie schafft hier die dem *Objekt* nicht entsprechende Sinnesempfindung; die wirkliche Täuschung liegt im Geiste, der *seine* Wirkung auf den Sinnesnerven übersieht. Flächen mit verschiedenen Elementen und Gruppen, Dekorationen, Tapeten, Wolken, Tropfsteinbildungen, Schnee und Eisfiguren u. s. w. erleiden durch das phantastische Vorstellen verschiedene, mitunter sehr lebhafte, Metamorphosen. Vor unserm Auge schweben Physiognomien, Profile, Thiergestalten, verschiedene Formen mit bestimmten Umrissen und Begrenzungen. Hier täuscht sich nicht der Sinn. Er ist wirklich in dem Zustande der Erregung, die als diese oder jene Gestalt und Form empfunden wird. Aber ein Irrthum wäre die Annahme, dass die todte Form belebt, ein bestimmtes Wesen sei.

Die Metamorphose der objektiven Empfindung an sich ist also noch keine Illusion. So lange Jemand weiss, dass die Contur einer Wolke, die ihm als Gesicht *erscheint*, solches nicht ist, dass die Stimme des Bauchredners nicht von da her kommt, von wo sie dem Eindrucke auf das Ohr nach zu kommen *scheint* — leidet er nicht an einer Illusion. Diese ist Verwechselung des Scheins mit der Wirklichkeit, das Halten des ersten für letztere, also, grade wie die Hallucination, ein falsches Urtheil, das bei ersterer von einer objektiven, bei letzterer von einer subjektiven Empfindung ausgeht.

Dieser verschiedene *Ursprung* ist auch das einzig Unterscheidende zwischen Hallucination und Illusion, und wo es zweifelhaft ist, ob eine Empfindung subjektiven oder objektiven Ursprungs ist, wissen wir auch nicht, ob wir die Täuschung Hallucination oder Illusion nennen sollen. Dieses zu wissen ist wohl in manchen Fällen wichtig. Ist auch immer die Täuschung ein psychischer Vorgang, in dem einen Falle haben wir den Organismus selbst, seine inneren Zustände, in dem andern auch das ihn umgebende und von aussen auf die Sinne Wirkende zu berücksichtigen.

Auch bei Geistesgesunden kommen, wie Hallucinationen, so auch Illusionen vor, jedoch nur auf Augenblicke, begünstigt durch Mattigkeit und Undeutlichkeit der Sinneseindrücke einerseits, durch besondere Vorstellungsverhältnisse, Mangel an Aufmerksamkeit, Zerstreutheit, Affekte,

vorgefasste Meinungen u. s. w. andererseits. Dem bei der Lampe, in stiller Nacht Studirenden passirt es, dass er raschelndes Laub für die Tritte eines Herankommenden hält, dem unerfahrenen Jäger, dass ihm kleine Sandhügel, Moos u. s. w. als Wild erscheinen. Das Missverstehen der Worte Anderer, des Vorgelesenen ist sehr häufig. Dem durch die Eleganz einer Tafel, durch besondere Erwartungen Bestochenen kann schlechter Wein lieblich schmecken.

Bei Krankheiten schaffen Sinneseindrücke oft ganz andere Empfindungen, als sie gewohnt sind. Man sieht das Umgebende nicht mehr so wie früher, es erscheint verändert, Stimmen und Töne klingen sonderbar; die Speisen schmecken gar nicht oder nicht, wie früher; man meint, sie seien nicht richtig oder anders, wie sonst, zubereitet worden.

Illusionen bei Irren.

Ein sehr häufiges Symptom bei Geisteskranken ist die Personen-Verwechselung. Sie ist nach *Snell* *) am häufigsten in der Manie, seltener in der Melancholie und im Blödsinn, am seltensten in den Wahnsinnsformen. Er theilt 12 Beobachtungen mit.

Ein Mädchen von 25 Jahren leidet seit 2 Jahren an Manie. Sie ist in beständiger Unruhe, schläft wenig, zerreisst ihre Kleider, beschmutzt sich. Ihre Reden sind abspringend, indem nach dem Klange eines gehörten Wortes, nach einem Gegenstand, den sie sieht, nach den verschiedensten Ideenassociationen eine Vorstellung die andere rasch verdrängt, und ein wildes, buntes Gewühl von Reden zu Tage tritt. Sie verwechselt alle Personen ihrer Umgebung. Mich hält sie für ihren Schwager, einen andern Arzt für ihren Bruder, einen Andern für einen Bekannten ihres Bruders und so alle anderen Personen für alte Bekannte. Sie redet sie immer mit falschen Namen an, und jede korrigirende Bemerkung in dieser Beziehung bleibt gänzlich ohne Wirkung.

Eine Frau von 48 Jahren, seit 10 J. periodisch tobsüchtig, hält mich, sobald sich die maniakalische Erregung zeigt, für den Bruder ihres Mannes und alle andere Personen ihrer Umgebung für verschiedene Verwandte und Bekannte. Während der freien Zwischenräume nennt sie alle Personen mit ihren richtigen Namen.

Ein Mädchen von 24 J., welches 6 Monate lang an Melancholie litt,

---

*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie.

hielt während ihrer ganzen Krankheit die Oberaufseherin für ihre Mutter und behandelte dieselbe mit der grössten Zärtlichkeit. Bei der Genesung war diese Täuschung das letzte Krankheitssymptom, welches erst verschwand, nachdem schon einige Zeit das Thun und Sprechen der Genesenden ganz normal erschienen.

Ich will diesen Fällen von *Snell* noch einen aus eigner Erfahrung hinzufügen.

Ein periodisch irrer Mann, der bei seiner Aufnahme gesund *erschien*, verfiel nach einigen Monaten in Melancholie mit Hallucinationen unangenehmen Inhalts. Bei gleichzeitiger Appetitlosigkeit kam er körperlich sehr herunter. Er erholte sich sehr langsam. In dieser Zeit machte ich ihn mit einem andern Patienten bekannt. Sogleich fing er heftig an zu lachen und bewegte sich in auffallender Weise durch das Zimmer. Nachher entschuldigte er sich damit, dass er den ihm vorgestellten Herrn für Jemand anders gehalten. Sein neuer Bekannter flösste ihm Interessse ein; er suchte ihn öfters auf. Andere Mal sagte er, dass er sich in seiner Nähe langweile. Später hielt er ihn — und diese Täuschung dauerte bis jetzt, schon viele Monate — für den Kronprinzen. Er begegnet ihm sehr devot, kniet vor ihm nieder, bittet um seine Gnade, nennt ihn Königliche Hoheit u. s. w. So hält er auch andere Personen für alte Bekannte aus der Heimath oder für Mitglieder der Königlichen Familie.

Auch die Verwechselung und das Verkennen von Gegenständen ist bei Irren häufig. Ich erinnere, sagt *Snell* (l. c.) an die Klagen Geisteskranker, dass Andere ihre Kleider angezogen, ihre Uhr in der Tasche, ihren Hut auf dem Kopfe hätten, ferner an die Aeusserung derselben, dass sie sich an einem ganz anderen Orte, in einer anderen Gegend befänden, als da, wo sie wirklich sind. So behauptete ein an Melancholie Leidender in der Anstalt zu Eichberg mit der grössten Hartnäckigkeit, der zu seinen Füssen fliessende Rhein sei die Lahn, und er befinde sich in Weilburg, wo er früher wohnte. Als er genesen war, kam ihm selbst diese Täuschung so wunderbar vor, dass er oft das Gespräch darauf lenkte und darüber lachte.

(Fortsetzung folgt.)

Gesetzliche Verfügungen betreffs Aufnahme von Geisteskranken in Anstalten.

Ein Königliches Reskript vom 29. Sept. 1803 an die Ost- und Westpreussischen Kammern bestand auf die Aufrechthaltung des in der Allg. Gerichtsordnung Th. 1, Tit. 38 § 2 angeordneten Verfahrens und verbot die Aufnahme von Wahn- und Blödsinnigen in den Anstalten ohne *vorgängiges richterliches* Erkenntniss, wenigstens ohne Mitwirkung des *Gerichts.* Selbst die Instanz der Ortspolizeibehörde nach vorgängiger Untersuchung des Betr. durch einen Sachverständigen rechtfertigte nach diesem Reskript nicht die Aufnahme in einer Anstalt.

Die allerhöchste Kabinetsordre dagegen vom 5. April 1804 gestattete die *provisorische* Aufnahme eines Gemüthskranken ohne richterliches Erkenntniss, befahl aber, dass gleich nach der Aufnahme dem kompetenten Gerichte davon Anzeige geschehe, damit dasselbe nach Vorschrift der Gesetze die sorgfältige Untersuchung verfügen könne.

Mit dieser Kabinetsordre, welche von einer sehr weisen Nachsicht Zeugniss gibt, stimmen spätere amtliche Erlasse nicht ganz überein.

So veranlasst das Ministerium des Innern unter dem 11. December 1816 die Königl. Regierung zu Berlin, zu verfügen, dass künftighin keine Aufnahme etc. in die Charité *anders* erfolge, als entweder auf Requisition der Gerichte und vormundschaftlicher Kollegien, oder des Polizeipräsidii etc. „Auf blosse Privat-Requisitionen, selbst auf die eines Vaters oder Ehemannes, kann die Aufnahme von den Vorgesetzten der Anstalt niemals gestattet werden.“

Zwölf Jahre später 1828, verfügten die Königlichen Ministerien des Kultus und der Justiz „näher“ 1) dass es zur Aufnahme eines Gemüthskranken in eine Irrenanstalt keiner vorgängigen gerichtlichen Mitwirkung bedürfe, 2) dass aber die betreffende Anstalt sogleich nach erfolgter Aufnahme die Gerichtsbehörde davon in Kenntniss zu setzen habe, 3) dass zu einer definitiven Aufbewahrung eines Gemüthskranken das gerichtliche Verfahren nothwendig sei etc.

Diese „nähere“ Verfügung war allerdings dem Inhalt und Sinn der Allerhöchsten Kabinetsordre vom 5. April 1804 näher, welche nur die Einsperrung eines Gesunden *und* der *dauernden* Detention eines Irren in der Anstalt ohne richterliches Erkenntniss verhindern wollte.

Weiter entfernt vom Sinne dieser Königlichen Ordre ist wieder das

ministerielle Reskript vom 16. Febr. 1839, welches zwar auf jene hinweist, aber doch ganz bestimmt, und dies in Widerspruch mit jener, in jedem Falle behufs Aufnahme etc. die vorgängige Mitwirkung der Behörden fordert, ohne auch nur ausnahmsweise die *provisorische* Aufnahme ohne diese Mitwirkung zu gestatten.

Auf diesem rigorösen Reskripte stützt sich auch die kürzliche Verfügung der Königl. Regierung zu Köln (vom 17. Jan. 1867):

„Wir haben wiederholt in Erfahrung gebracht, dass die Bestimmungen unserer Amtsblatts-Bekanntmachung vom 6. Mai 1839 und 29. März 1854, die Aufnahme von Geistes- und Gemüths-Kranken in Irren-Anstalten betr., nicht überall so, wie es erforderlich ist, beobachtet werden. Wir bringen daher in Erinnerung, dass 1) die Aufnahme eines angeblich Geistes- oder Gemüthskranken, sei es ein heilbarer oder unheilbarer, nie auf blosse Privatrequisition, selbst nicht der Eltern oder eines Ehegatten, sondern nur auf Ansuchen des Gerichts oder der Ortspolizeibehörde erfolgen darf, und zwar auf Grund eines vorgelegten Attestes eines Physikus oder eines andern zuverlässigen Arztes, welches den geisteskranken Zustand des betr. Individuums, falls es sich um die Aufnahme in eine Irrenpflege-Anstalt handelt, die Unheilbarkeit desselben bescheinigt; dass 2) unmittelbar nach der Aufnahme von dem Inhaber oder Vorsteher der Irren-Anstalt derjenigen Gerichtsbehörde, vor welcher der betreffende Kranke seinen persönlichen Gerichtsstand vor der erfolgten Aufnahme hatte, behufs etwaiger Einleitung des Interdictions-Verfahrens Anzeige zu machen ist, und zwar mit dem Ersuchen, über die erfolgte Anzeige eine Empfangs-Bescheinigung ertheilen zu wollen etc. etc.

Wir erwarten, dass hiernach für die Folge auf das Genauste verfahren wird, indem andernfalls gegen die Vorsteher öffentlicher Irren-Anstalten auf dem Disciplinarwege eingeschritten werden, den Unternehmern von Privat-Irren-Heil- und Pflege-Anstalten dagegen nach Umständen die Koncession entzogen werden würde.

Auch die Vorsteher und Mitglieder geistlicher Korporationen oder Orden, welche sich damit befassen, Geistes- oder Gemüthskranke bei sich aufzunehmen, haben sich vorstehende Bestimmungen zur Richtschnur dienen zu lassen".

Die benachbarte Regierung zu Düsseldorf gestattete dagegen, wenigstens nach der Bekanntmachung vom 8. Aug. 1828, die Aufnahme eines Gemüthskranken *ohne vorgängige gerichtliche Mitwirkung,* deren es

nach einer näheren Verfügung der etc. Ministerien nicht bedürfe. Mit letzterer ist wohl der oben angeführte ministerielle, der bekannten Kabinetsordre entsprechende Erlass gemeint.

Auch in andern Regierungsbezirken (z. B. Potsdam) ist, so viel Ref. weiss, die Aufnahme etc. ohne vorgängige Konkurrenz der Gerichts- oder Polizeibehörde gestattet, nur ist von der Aufnahme der Behörde sogleich Anzeige zu machen.

An dem amtlichen Erlass der Königl. Regierung zu Köln, geht, wie Dr. *Laehr* richtig und eindringend bemerkt*), ein Theil der heilbaren Irren zu Grunde. Denn einmal bedenken sich viele Familien zehnmal, bevor sie behufs Aufnahme eines geisteskranken Angehörigen die Requisition der Behörden in Anspruch nehmen, aus Scheu vor all den Formalitäten und Weitläufigkeiten und der amtlichen Deklaration, dass ein Familien-Mitglied den Verstand verloren hat. So bleibt der Geisteskranke im Beginn seiner Störung, wo bei Aufnahme in Anstalten laut unbestreitbarer Erfahrungen die Aussicht auf Heilung am grössten ist, entweder in den ihm oft so nachtheiligen häuslichen und familiären Verhältnisse, oder man wandert andere Wege mit ihm, die, was heilbare frische Fälle betrifft, im Allgemeinen nicht so *sicher* zum Ziele der Heilung führen, als die Unterbringung in einem Asyle. Mans chickt die Irren in Wasserheilanstalten, auf welche, merkwürdiger Weise, die gesetzlichen Bestimmungen betr Aufnahme von Geisteskranken keine Anwendung finden; man reist mit den Gemüthskranken zu Verwandten, in Badeorte, auf's Land, an die See, nach den Alpen des Südens. So wandert man oft mit den der Ruhe und Einsamkeit bedürfenden Gemüthskranken herum, und erst nach Monaten, wenn die Chancen der Heilung sich beträchtlich vermindert haben oder verschwunden sind, entschliesst man sich zur Versetzung in ein Asyl, wozu man sich ohne die gescheuten Regierungs-Bestimmungen leichter entschlossen hätte.

Oder entschliesst man sich dazu auch in *erster* Instanz, so nimmt doch manchmal der Weg der Formalitäten eine lange Zeit in Anspruch, in der vieles Unangenehme sich ereignen kann. Der ängstliche misstrauische Gemüthskranke hört von dem amtlichen Atteste und amtlicher Mitwirkung, und er wird noch ängstlicher, und seine Angst ist die Quelle

---

*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1867, p. 260.

allerlei Unannehmlichkeiten und Gefahren, denn durch schleunige, durch Reskripte nicht verzögerte Aufnahme in einem Asyle wenigstens *sicherer* hätte vorgebeugt werden können. Die Gefahr vor kompromittirenden, verderblichen und verbrecherischen Handlungen der Irren sollte die Regierungen veranlassen, ihre Aufnahme in den schützenden Asylen nicht durch überflüssige Verordnungen zu erschweren und zu verzögern, zumal, in unserem Staate wenigstens, wohl kaum ein Beispiel widerrechtlicher Unterbringung in einer Irren-Anstalt bekannt ist. Aber durch jene Verordnungen wird der Glaube des Publikums an die Möglichkeit solcher Ungesetzlichkeiten geweckt und erhalten, und das Vorurtheil gegen die Anstalten erhöht, zum Nachtheil derjenigen, die dahin gehören.

Wir sprachen von überflüssigen Verordnungen. Hält nämlich die Regierung, in deren Bezirke eine Irren-Anstalt liegt, nach dem Sinne der Königlichen Ordre von 1804, die Vorschrift fest, dass von *jeder* Aufnahme *sogleich* der Gerichtsbehörde Anzeige zu machen ist, so wird dadurch allein etwaiger ungesetzlicher Beraubung der persönlichen Freiheit vorgebeugt. Ist aber ein Anstaltsarzt vermöge seines Charakters zur Einsperrung geistesgesunder Personen fähig, dann wird er daran nicht durch die Bestimmungen des ministeriellen Reskriptes vom 16. Febr. 1839 und den diesem entsprechenden amtlichen Erlasse absolut verhindert.

Ueberflüssig ist auch die betr. Verordnung, weil wohl kaum eine Familie einen Angehörigen, wenn sie ihn nicht für irre hält, in eine Anstalt bringen wird. Skandalosa, die man sich in dieser Beziehung erzählt, hat man für müssige Erfindungen zu halten. Wie leicht entspringen sie dem Kopfe eines wirklich Verrückten, der sich selbst nicht dafür hält und, weil er geordnete Reden führt und nichts Unsinniges beginnt, dafür auch vom Publikum gehalten wird.

Abgesehen von allen diesen und sonstigen Erwägungen — die Befolgung der obigen rigorösen Bestimmung wird nicht seltem dem Anstaltsarzte unmöglich gemacht. Mitten in der Nacht bringt man einen Tobsüchtigen in die Anstalt, ganz unangemeldet einen zum Selbstmord Geneigten, oder einen Paralytiker, der die Reise nach einem Bade etc. wegen hochgradiger Exaltation nicht fortsetzen konnte, oder ein Wahnsinniger, der sich im Lande umhertrieb. Die Begleiter all der verschiedenen plötzlich ankommenden Kranken bringen keine Papiere mit; Zeit und Umstände gestatteten ihnen nicht, auch wenn sie wollten, die Mit-

wirkung der Behörden in Anspruch zu nehmen. Soll nun die Anstalt jene der Aufnahme dringend Bedürftigen, sich und Andern gefährlichen Irren, die für die Freiheit nicht taugen, abweisen?

Ferner es gibt Irre, die sich *freiwillig* in ein Asyl begeben, heilbare sowohl, als unheilbare. Es sind selbstständige Leute, die keinen Vormund, kein Familienmitglied zu befragen haben, oder sie entschliessen sich zu dem Eintritt in das Asyl mit Zustimmung Derer, die eine solche ertheilen müssen. Soll, muss die Anstalt solche „Freiwilligen" abweisen, die doch nicht verpflichtet sind, sich erst durch eine amtliche Erklärung als Geisteskranke bezeichnen zu lassen und die Konkurrenz und Requisition der Behörden nachzusuchen. Von Beraubung der persönlichen Freiheit ist bei Aufnahme solcher Gemüthskranken doch nicht die Rede.

Von Seiten einer Privat-Anstalt wurde pcto dieser freiwilligen Kranken angefragt. Der Oberstaatsanwalt, dem die Aufnahme der Irren angezeigt werden musste, meinte, bei jenen sei das ärztliche und polizeiliche Attest nicht erforderlich; die Regierung dagegen, dass auch auf *diese* Kranken die Bestimmungen des ministeriellen Reskriptes Anwendung fänden.

Was liesse sich nicht Alles über dieses Reskript sagen! Der Raum dieser Blätter gestattet uns nicht, heute weiter darüber zu sprechen. Doch werden wir darauf zurückkommen.

Hephata.

Aus dem 7. Bericht über diese Idioten-Anstalt pro 1866 entnehmen wir Folgendes:

Die nun schon 3 Jahre lang bestehende und sich immer mehr vergrössernde Anstalt ist gezwungen, ein Arbeitshaus für völlig oder relativ Unheilbare zu gründen. Es sollen in dieser aufgenommen werden 1) Pfleglinge der Heil-Anstalt, an welchen das für ihren Zustand mögliche Ziel erreicht ist, die aber ohne die Anstalt das Erworbene nicht bewahren, eine gesicherte Stellung im öffentlichen Leben nicht gewinnen und nur in den Geleisen des Anstaltslebens durch Handarbeit ihr Brod verdienen können.

2) solche, die nur für gewisse Einzel-Arbeiten unter Nachhülfe ge-

schickt sind, die nur im Zusammenwirken, draussen dagegen nicht ihren Platz ausfüllen.

3) angemeldete, die ohne Hoffnung auf geistige Entwicklung in der Heil-Abtheilung nicht aufgenommen werden können, aber auch in der Pflegeabtheilung bei den zur Arbeit unfähigen Zöglingen etc. keinen Raum finden, daher bis jetzt abgewiesen werden mussten.

4) ältere Blödsinnige, die in der Familie immer mehr verkümmern, durch Müssiggang u. s. w., aber in der Anstalt unter entsprechender Beschäftigung gesittigt werden können.

In der Heil-Abtheilung galt bisher die Handarbeit natürlich nur als Mittel, nicht als Zweck; es wurde nicht grade Das gearbeitet, wovon etwas zu verdienen ist, sondern, was die geistigen Fähigkeiten der Pfleglinge am meisten übt. Diese Arbeit nimmt neben dem Unterricht eine sekundäre Stellung ein und absorbirt wenig Zeit und Kräfte. Dennoch brachte sie nach Abzug aller Unkosten Gewinn, da sich Alles leicht verkaufen liess.

Somit besteht kein Zweifel, dass ein besonderes Arbeitshaus seine laufenden Ausgaben ohne Mühe selbst decken, ja sogar einen nicht unbedeutenden Zuschuss der Heil-Anstalt zuführen würde. Es handelt sich also lediglich um die erste Anlage, um den erforderlichen Bau. *)

Als einen besonderen Freudentag der Anstalt hebt der Verwaltungsbericht den 21. Mai 1866 hervor, also den zweiten Pfingsttag, an welchem zum dritten Male im Bëtsaale der Anstalt Konfirmations- und Abendmahlsfeier Statt fand. Am 16. Juli 1862 wurden 2 Pfleglinge, am 5. Sept. 1864 9, am 21. Mai 1866 6 Kinder konfirmirt. „Mit grosser Zuversicht und gutem Gewissen konnte diesen Kindern der Zugang zu den Heiligthümern der Kirche gewährt werden, und es kam manchem Zuhörer der Wunsch aus dem Herzen, dass alle gesunden Kinder in der evangelischen Christenheit eine solche christliche Erkenntniss möchten mit in das Leben nehmen."

---

*) Da die Anstalts-Schulden am 1. Jan. 1867 noch 5500 Thlr. betrugen, so muss sich natürlich die Verwaltung Hephata's um das Werk in Angriff zu nehmen und einem drängenden Nothstande abzuhelfen, an die Unterstützung der Mitmenschen wenden. Wir sind gern erbötig, Geldbeiträge in Empfang zu nehmen und an die Anstalts-Verwaltung zu befördern. Thue ein Jeder, was er kann. Red.

Von diesen sechs Kindern ist ein Knabe seinem Vater zu Hause bei der Bäckerei behülflich; ein zweiter erlernt in der Anstalt das Korbmachen; ein Mädchen kehrt zu ihrer Mutter zurück, um das Kleidermachen zu erlernen; ein anderes bleibt nach der Konfirmation noch ein Jahr in der Anstalt, um in Hand- und Hausarbeiten weiter ausgebildet zu werden; die zwei letzten, Zwillingsschwestern, von einer blödsinnigen Mutter, einem epileptischen Vater aussereheIich gezeugt, ohne Zucht von fremden Leuten auferzogen, unbändig und eigensinnig etc., traten, 17 Jahr alt, in die Anstalt, wurden fürs Gute empfänglich, willig, fleissig und konnten nach einjährigem Unterrichte konfirmirt werden. Beide sind zu weiterer praktischer Ausbildung noch in der Anstalt, fleissig in Haus und Küche und üben sich in Handarbeiten.

Es steht also, heisst es pag. 15 des Berichtes, mit den Idioten nicht so schlimm, wie eine berühmte Schriftstellerin *) in einem vielgelesenen Blatte in dem Gewande eines Romans darzustellen sucht, dass die Idioten geistlose Geschöpfe seien, und dass alle sogenannte Erziehung und Bildung derselben blosse Abrichtung sei; noch viel weniger ist Gefahr vorhanden, dass diejenigen, die an Idioten arbeiten, nach der Meinung der genannten Schriftstellerin, leicht die Demarkationslinie, die zwischen geistiger Normalität und Blödsinn gezogen ist, überschreiten und selbst allmälig in geistige Stummheit verfallen. **)

Im Laufe des Jahres starben 4 Kinder; 10 Zöglinge traten aus. Neu aufgenommen wurden 16, so dass am Schlusse des Jahres 1866 89 Kinder in der Anstalt waren.

Von 58 Anmeldungen konnten nur 16 berücksichtigt werden.

Die Gesuche um Aufnahme der hoffnungslosen und älteren Blödsinnigen waren mithin die dringendsten, denn sie stören das Familienleben am meisten; für sie ist beständige Ueberwachung am nöthigsten; aber

---

*) Ida v. Düringsfeld in Hackländer's Hausblättern 1864, 15. und 16. Heft. „Unter den Idioten".

**) Ebenso unbegründet ist die vielfach verbreitete Ansicht, dass Irrenärzte leicht und oft irre werden, in Folge des beständigen Umgangs mit Geisteskranken. Im Gegentheil sind Aerzte überhaupt gegen Irresein mehr geschützt. Temperaments- und Charakterveränderungen, die bei, namentlich isolirt wohnenden, von vielem geselligem Verkehr abgeschnittenen, Anstaltsärzten hervortreten und sich aus der eigenthümlichen Stellung und der Schwere des Berufs erklären, dürfen nicht mit geistiger Krankheit verwechselt werden. (Red.)

nirgends thut sich ihnen eine Thür auf. *) Zur Aufnahme solcher Blödsinnigen soll die Anstalt durch oben bezeichnetes Arbeitshaus erweitert werden.

Die verschiedenen Werkstätten der Anstalt lieferten in 1866:

386 Körbe, 154 Stück Matten (darunter viele sog. Läufer), 45 Paar Schuhe aus Tuchenden, 18 Teppiche, 1486 Stück Pflanzenstäbe, 24 Dutzend Garnwickeln, 64 Stück diverse Laubsäge-Arbeiten.

Aus dem Erlös dieser Arbeiten ergab sich ein Reingewinn von Thlr. 128. 16. 11.

Der Anstalts-Arzt, Herr Dr. *v. d. Nahmer* berichtet, dass in 1866 allmälig 20—30 Kinder von einer kontagiösen Augenentzündnng (Granulationen der Conjunctiva) ergriffen wurden. Die Epidemie ist jetzt erloschen.

Acht Kinder wurden vom Scharlach befallen; eins von diesen starb. Zwei andere Kinder starben an der Schwindsucht. Der vierte Todesfall betraf einen Knaben mit angebornem Wasserkopf, halbseitiger Lähmung und epileptischen Anfällen. Er starb in Folge eines derselben in wenigen Augenblicken. Bei der Section fand sich in der rechten Hemisphäre ein grosser, nach Aussen durch die harte Hirnhaut gebildeter, mit Serum gefüllter Sack. Die Decke des rechten Ventrikels fehlte in einer eiförmigen, $2^3/_4$ Zoll langen, $1^3/_4$ Zoll breiten Ausdehnung. Im rechten kleinen Gehirn ein *frischer* Bluterguss. Dr. *v. d. Nahmer* wird das Sections-Resultat noch detaillirt veröffentlichen.

Nach dem spezifizirten Kassenbericht betrugen

die Einnahmen	16,812 „	12
die Ausgaben	15,512 „	26
der Kassenbestand . .	1,299 „	16

wurde auf neue Rechnung übertragen. Die Anstaltsschulden betrugen am 1. Jan. 1867 Th. 5500, zu $4^1/_2$ $^0/_0$ verzinslich. Ausser Kollektengeldern (Th. 1239) gingen durch freiwillige Liebesgaben ein Th. 432, zu Weihnachten allein Th. 160, ausser Kleiderstoffen und Spielsachen.

Aus dem Berichte pro 1866 ergibt sich abermals, dass die Anstalt

*) Die im vor. Jahr eröffnete Anstalt zu Pützgen bei Bonn, unter Direction des Herrn Dr. L. Besser, nimmt auch Blödsinnige zu billigen Sätzen auf. (Red.)

in erfreulicher Weise fortschreitet und sich verbessert, zum Segen und Wohle der Idioten Rheinlands und Westfalens.

Eine besondere Anstalt für die epileptischen Kinder dieser Provinzen ist jetzt in Bielefeld gegründet, zu deren Vorsteher Herr Lehrer *Unsöld* aus Württemberg berufen wurde.

Menstruation und Irresein.

Bezweifelt auch Niemand den grossen Einfluss der Catamenien auf das Gemüthsleben des Weibes, auf die Entwicklung und den Verlauf seiner Krankheiten, so bleiben doch noch manche Punkte in dieser Beziehung dunkel und streitig. Das Irresein kann Ursache oder Wirkung der Menstruationsstörungen, das Wiedererscheinen der Menses kritisch oder Resultat einer Krisis, Rückfall in's Irresein Folge neuer Menstruationsstörung oder diese Wirkung des neuen Irreseins sein.

Dauby *) theilt mehre Beobachtungen mit.

Adèle, von zarter Konstitution, wurde erst im 20. Jahre regulirt. Das Irresein steigert sich bei jeder Rückkehr der Menses.

Anna, hatte, 17 Jahr alt, noch nicht menstruirt, einen bald vorübergehenden Anfall von Manie. Die Menses folgten sogleich auf die Heilung. Nach sechs Jahren Rückfall, melancholischer Stumpfsinn, Hallucinationen. Dieser Zustand dauerte sieben Monate. Kaum hat er aufgehört, so fliessen die Menses.

Fräulein . . . . hysterisch-krampfhafte Störungen, geheilt durch den ersten Eintritt der Menses.

Zwei andere Mädchen, 11 und 15 Jahr alt, hatten Konvulsionen und delirirten; Heilung nach den ersten Catamenien.

Madeleine, 29 Jahre alt, erotisches Delirium, welches einige Tage vor den Menses ausbricht und nach ihnen aufhört.

Eine Stupide, 22 Jahre alt, wird klar während der Menses und wird gleich darauf rückfällig. Heilung beim fünften Eintritt der Menses.

---

*) Inaugural-Dissertat., J. de Méd. Ment. 1866, Septbr.

L., schwach und nervös, 42 J. alt, wurde erst im 19. Jahre menstruirt. Suppression, hallucinatorisches Delirium, welches sich seit zwei Jahren nur verschlimmert.

Sophie, 37 Jahr alt, wird erst im 19 Jahre mannbar; unregelmässige Menses, nervöse Störungen; Suppression, Delirium, 4 Monate lang.

D. 22 Jahre alt; Cephalalgie im 20. J., nach Unterdrückung der Menses. Aufregung jedesmal vor der Zeit; sehr heftige Manie nach abermaliger Suppression. Ausgebreitete Phlegmone ohne Besserung. Rückkehr der Menses und Heilung im 15. Monat.

A. Tod eines Mannes, worüber sie untröstlich ist. Heftiger Zorn, Aufhören der Regeln, Stumpfsinn, Traurigkeit. Anscheinende Besserung. Selbstmord-Versuch. Die Regeln kehren nach 16 Monaten zurück; Heilung.

Madame M. 35 Jahre alt; häuslicher Streit, Irresein nach Suppression der Menses. Unheilbarer Zustand.

Marie, 31 Jahr alt; verliebte Täuschung, Unterdrückung der Menses, geistige Störung, spärliche Menses, Wechsel von Aufregung und Ruhe, vollständige Suppression der Regeln; anhaltendes erotisches Irresein, das nach Rückkehr der Menses im 8. Monat verschwindet.

Chronische Periencephalitis neben epileptischer Geisteskrankheit.

Von Dr. Veit.

Vf. berichtet über zwei Fälle, in denen sich zu einer ausgesprochenen Epilepsie eine geistige Störung gesellte, die sich durch Tobsucht charakterisirte. Von Anfang an fehlte jede Spur von Grössenwahn, und im Verlaufe jede Störung der Sprache und der willkürlichen Bewegung der Extremität. Der eine Pat. starb in einem epileptischen Anfalle, der andere, wie es scheint, an Erschöpfung mit hochgradigem Dekubitus. Die Section zeigte Verwachsung der Pia mit der erweichten Hirnsubstanz.

Da das ganze Krankheitsbild mit der fortschreitenden Lähmung der Irren Nichts gemein hatte und doch ausgebreitete chronische Periencephalitis bestand, so kann diese letztere, schliesst Verf., die Hauptsymptome der erstern nicht bedingen.

Allg Zeitschr. f. Psychiatrie. — Schmdt's Jahrb. 1867.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 7. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ueber Hallucinationen und Illusionen (Forts.). Die Irrenanstalt Göppingen. Unglückliche Gewaltthaten Geisteskranker.

Ueber Hallucinationen und Illusionen.

Von Dr. Brosius.

(Fortsetzung.)

Gehörs-Illusionen. Analog den akustischen Täuschungen bei durch irgend eine Vorstellung lebhaft affizirten gesunden Menschen sind die Gehörs-Illusionen Geisteskranker, die gleichfalls das, was sie hören, im Sinne ihres Vorstellungs-Inhaltes auffassen, wodurch dieser dann noch mehr verfälscht und der Affekt noch weiter gesteigert werden kann. So werden bei Schwermüthigen die Gehörs-Wahrnehmungen nach der habituellen oder augenblicklichen schmerzlichen, missmuthigen, ängstlichen, misstrauischen Stimmung, nach dem Wahne der Beeinträchtigung, drohender Gefahr, bevorstehenden Unglücks und Verderbens etc., oder nach dem Wahne eigner Schuld und Versündigung verstanden, also missverstanden.

Ganz gewöhnliche, natürliche, oft gehörte Laute und Töne, Klänge, Worte und Reden Anderer nehmen hier den Inhalt des krankhaften Vorstellens an oder werden nach diesem gedeutet.

Vor mehren Jahren wurde ein Paralytiker bei mir im Stad. melanchol. aufgenommen. Ein hervorstechendes Symptom war Syphilidopho-

bie. Mehrmals im Tage kam der unruhige, ängstliche Kranke zu mir und bat, ihn zu untersuchen, ob er nicht angesteckt sei; stets zeigte er mir seine Zunge, an deren unteren Fläche ihm die Venen verdächtig schienen; ich musste ihm oftmals die beruhigende Versicherung geben, dass er ganz frei von Syphilis sei. Immer aber kehrte die Furcht zurück. Der Uebergang der Depression zur Exaltation war durch manchfache Gehörsphantasmen charakterisirt, die den Kranken sehr erregten und seine bisherige äussere Ruhe in lautes Rufen und Schelten verwandelten. Namentlich ärgerte den Kranken der Schlag des Buchfinken, der sich am frühen Morgen vor dem Fenster seines Zimmers vernehmen liess." „Hören Sie, da ist er wieder", sagte oft der erbitterte Kranke, da ruft er: „Jes, Jes, was bist Du für'n Kerl — Du bist venerisch." — So verstand er den Buchfinken nicht *einmal*, sondern fortwährend, und oft musste ich den Sänger verscheuchen, um dem Kranken Aufregung zu ersparen. Gleichzeitig bestanden Gehörs-Hallucinationen.

Griesinger *) citirt aus der Allg. Ztschr. für Psychiatrie 1853, p. 436 den Kranken *Kieser*'s, der seine Gehörsphantasmen selbst schildert. „Es ist so erstaunend, als schrecklich und für mich erniedrigend, welch' akustische Uebungen und Experimente — auch unsinnliche — mit meinen Ohren und mit meinem Leibe seit beinahe 20 Jahren gemacht wurden! — — Jeder einzeln stehende Baum wird bei meiner Annäherung, selbst bei stillem Wetter, zu einigem Rauschen und Ertönenlassen von Worten und Redensarten gebracht, — — die Wagen und Fuhrwerke knarren und ertönen auf ganz ungewöhnliche Weise und liefern Erzählungen, so wie die Hufe der Reitpferde — — die Schweine grunzen Namen und Erzählungen, so wie Verwunderungsbezeigungen, die Hunde schimpfen und bellen Vorwürfe, und Hähne und Hühner desgleichen, und selbst die Gänse und Enten schnattern Namen, einzelne Redensarten und Bruchstücke von Referaten — ein Schmied lässt unter seinem Hammer und in dem Blasebalge eine Menge Namen, Redensarten und oft ganze Erzählungen ertönen und meint, dies geschehe nach meiner Willkühr und meinem Willen. Alle Menschen, die in meine Nähe kommen, erzählen mit ihren Füssen, ohne ihr Wollen, und zwar oft die kuriosesten, schnackhaftesten und unsinnigsten Dinge, wie mir selbst und meinen nächsten täglichen Umgebungen begegnet, besonders ist dies bei

*) Lehrbuch, 2. Aufl. p. 101.

dem Stiegensteigen der Fall — — selbst die Feder, mit der ich schreibe, gibt artikulirte Töne, Worte und Reden von sich etc.“

Dieser und andere Fälle zeigen, wie die illusorische Auffassung objektiver Eindrücke sich verallgemeinert und zur Gewohnheit wird, so dass ein Kranker zuletzt zu einer natürlichen Wahrnehmung gar nicht mehr fähig ist und stets in einer imaginären Welt lebt, in der Welt seines krankhaften Vorstellens, das ihm, angeregt durch jeden äusseren Eindruck, als Realität vorgespiegelt wird.

Es war bisher nur von den Hallucinationen der Distanzsinne, des Gesichts und Gehörs, die Rede. In den Contaktsinnen lassen sich Hallucinationen von Illusionen nicht gut und nicht immer unterscheiden, was indessen auch bei den Distanzsinnen nicht immer möglich ist. Eine melancholische Frau z. B. leidet an akustischen Täuschungen; sie hört, wie sie sagt, das Geheul der Teufel, die sich um sie herumtreiben. Die äussern Gehörgänge sind mit dicken Pröpfen verstopft, nach deren Entfernung die Gehörsphantasmen aufhören. Waren dies Hallucinationen oder Illusionen.

Am häufigsten von allen Hallucinationen des Gesichts sind nach *Hagen* *) die sog. „Monches volantes.“ Nach unserer Definition sind es keine Hallucinationen, so lange der an diesen Erscheinungen Leidende sich kein verkehrtes Urtheil über sie bildet, sie nicht mit äussern Gegenständen verwechselt. „Wenn jedoch“, sagt *Hagen* weiter, diese kleinen Dinge grössere Gestalten annehmen, dann sehen die Leute Ratten, Mäuse, Schlangen, Spinnen, Fliegen, Fische, Austern, Eidechsen, Vögel, kleine Kinder und abenteuerliche Fratzen aller Art, *vor welchen sie sich sehr entsetzen*, oder auch leblose Dinge, Saamenkörner, Nadeln, Geldstücke, Branntweingläser. Diese Art Täuschungen ist ein fast konstantes Symptom des Säuferwahnsinns.“ Also diese Erscheinungen werden nun durch das Vorstellen bearbeitet, für etwas Aeusserliches gehalten, an ihre reale Existenz wird geglaubt, das Individuum ist irre. Leidet es aber an Illusionen oder Hallucinationen? Sind die Mouches volantes bedingt durch Trübungen des oder fremde Körperchen im Bulbus, oder durch unempfindliche Stellen der Retina, irgend welche Zustände des Opticus, kurz sind sie objektiven oder subjektiven Ursprungs? Wo ist

*) Die Sinnestäuschungen, § 21.

ferner überhaupt für die Sinnesnerven die Grenze zwischen Aussen und Innen?

Zustände der äussern Haut, der Schleimhäute, der innern Organe, der Sinnesapparate selbst, also subjektive Zustände liefern den betreffenden Nerven Eindrücke, die diesen gegenüber objektive sind.

Andrerseits können Einwirkungen von der Aussenwelt her *unentdeckt* bleiben, und man hält die Empfindungen für subjektive. Bei Hyperästhesie der Nerven, in der Hysterie werden noch sehr schwache Reize empfunden, die der Gesunde nicht mehr percipirt, die von dem Kranken aber illusorisch beurtheilt werden können.

Also Illusionen lassen sich nicht immer von Hallucinationen unterscheiden. Genau betrachtet ist auch ihr Unterschied sehr gering, da ja auch in der Illusion, obgleich sie durch äussere Einwirkungen angeregt wird, doch eigentlich subjektive Zustände — Vorstellungen — sich als objektive darstellen und für solche gehalten werden, grade wie in der Hallucination. Jener Kranke hörte in dem Gesange des Buchfinken seine eignen Gedanken; das Missverstehen des Gesprochenen ist oft nichts Anderes, als das Hören des Gedachten; der Furchtsame sieht in der Dunkelheit an äussern Gegenständen die Gebilde der Phantasie.

Ein subjektives Bild, wie wir früher schon andeuteten, also ein Phantasma, vermischt sich gleichsam mit dem objektiven Bilde, dieses wird metamorphosirt durch den Inhalt des Vorstellens, während in der Hallucination die subjektiven Bilder *allein* erscheinen. *Griesinger* *) spricht nach *Gratiolet* sich so aus: „Die Hallucinationen sind entweder ganz vollständig, wenn sie ihr Objekt ganz schaffen, oder sie sind unvollständig (Illusionen), wenn einem wirklichen äussern Objekte nur Qualitäten beigelegt werden, die es nicht besitzt."

Unsere Definition der Hallucination: „subjektive Empfindung, die ihrer Kausalität nach falsch beurtheilt wird" — diese Definition, welche mit denen Anderer übereinsimmt, lässt manche Fälle in der Literatur, die als Illusionen bezeichnet werden, als Hallucinationen erscheinen. Jenes Mädchen z. B. bei *Esquirol* **), welches an einem fixen Schmerze auf dem Kopfe leidet und wähnt, dass ein Wurm im Schädel ihr Gehirn verzehrt, legt ihrer Empfindung eine nicht existirende Ursache unter

---

*) p. 86.

**) Geisteskrankheiten, p. 207, 209.

und hallucinirt also, ebenso die Bauersfrau, welche ihre heftigen Kopfschmerzen einem Thiere zuschreibt, ebenso die vielen, hauptsächlich weiblichen Kranken, welche ihre Sensationen in den Respirations- und Verdauungsorganen allerlei Thieren, Fröschen, Spinnen, Schlangen etc. oder gar dem Teufel zuschreiben, der sich in ihrem Körper eingenistet habe. In allen diesen Fällen findet ja gar keine Einwirkung von *Aussen* statt, und so kann von Illusion nicht die Rede sein. Eine solche liegt aber vor, wenn z. B. ein Kranker den Druck eines Kleidungstückes als den Angriff, die Berührung eines ihn verfolgenden Feindes auffasst; hier wird eine objektive Empfindung falsch gedeutet, während wieder jener maniakalische General, der als Ursache seiner rheumatischen (also subjektiv begründeten) Schmerzen die Sonne anklagt, nicht an Gefühls-Illusionen, sondern Hallucinationen leidet.

Anstatt in der Theorie diese Zustände so scharf zu trennen, was aber im konkreten Falle nicht immer so leicht ist, wäre es besser, sie überhaupt einfach als Wahnvorsteltungen zu betrachten und in der Praxis stets nach ihren *Ausgangspunkten* zu forschen. Findet man diese, so ist ihre Beseitigung manchmal möglich. Vor Allem ist daher eine genaue Untersuchung der *Sinnesorgane* erforderlich, dann auch des ganzen *Körpers* und der einzelnen Organe; örtliche Zustände können die Quelle von Phantasmen sein, wie schon aus früher Bemerktem hervorgeht.

Weiteres über die näheren Umstände, unter denen die Sinnesdelirien vorkommen, siehe in *Griesinger* p. 96. In Folgendem noch Einiges über Hallucinationen resp. Illusionen der Kontaktsinne.

Sie sind viel seltener, als die Phantasmen des Gesichts und Gehörs, aber weit häufiger, als bei diesen, ist ihr Inhalt ein unangenehmer, widerlicher. Sehr selten, fast nur im Beginn des Irreseins, kommen Hallucinationen des Geschmacks und Geruchs allein vor, meistens in Verbindung mit optischen oder akustischen Phantasmen. Bei schwermüthigen sind widerliche Geschmacksempfindungen und der an sie sich knüpfende Wahn der Vergiftung nicht selten die Ursache der Nahrungsverweigerung, grossen Misstrauens und Hasses gegen die nächsten Angehörigen oder das Anstalts-Personal. Man untersuche die Mundhöhle; auch gastrische Störungen sind zu beachten, etc.

Auch Geruchs-Hallucinationen können Nahrungs-Verweigerung bedingen, oder verschiedene ihnen entsprechende Wahnideen.

Ein Blödsinniger sprach oft von Gestank nach Blut, Schinderskneehten, Abdeckern, Schaffoten. Auf der Stelle, wo die Anstalt stehe, sei früher ein Richtplatz gewesen; in der Nähe sei ein Blutgericht. Er nannte sich manchmal einen Scharfrichterssohn. Eine Kranke Leuret's schrieb ihre entsetzlichen Gerüche der Fäulniss gemordeter Leichen in den Souterrains der Salpetrière zu. Aeusserlich dargebotene Gerüche unterschied sie wohl und ward von ihnen, wie früher, affizirt.

Eine Dame, Verwalterin auf einem fürstlichen Schlosse, die sonst nicht als irre galt, glaubte einen üblen Geruch von sich zu verbreiten. Kam Jemand in ihre Nähe, so trat sie von ihm zurück. Sie entleibte sich später.

K. früher lebenslustig und gesellig, war seit einem Jahre nachdenklich, schweigsam, reizbar, menschenscheu, gebrauchte oft heimlich Arzneien und zeigte immer deutlicheren Argwohn gegen seine Umgebung. Endlich erklärte er öffentlich: „Ich fühle mich in hohem Grade krank, durch eine, mein Innerstes zerstörende Fäulniss körperlich ganz zerrüttet. Meine Umgebung behandelt mich desshalb mit Hohn und Verachtung und meidet meine Nähe, weil ich einen verpesteten Geruch verbreite." Er führte ein einsames, trauriges Leben, sein Wahn befestigte sich immer mehr, und er erklärte sich seine Krankheit durch Ansteckung mit Rotzgift. Er reiste in eine fremde Stadt und begab sich auf einen Spaziergang, um die Begegnenden zu prüfen, ob sie sich auch mit Abscheu wegen seines üblen Geruchs von ihm abwenden würden. Als zufällig ein Vorübergehender sein Taschentuch gebrauchte und ihn dabei ansah, fuhr K. ihn heftig an, nannte ihn einen hartherzigen Spötter, einen lieblosen Menschenverräther und gab ihm eine Ohrfeige. Er war nun als geisteskrank erkannt. Man fand, dass er für äussere Gerüche unempfindlich war. Er gab an, nur seinen eigenen, dem Pferdeurin ähnlichen Gestank zu riechen und klagte auch über dergleichen Geschmacksempfindungen. Er trieb rückhaltslos Onanie und ward endlich blödsinnig.

(Sinogowitz.)

Ein Kranker Marc's beschäftigte sich damit, die Wände des Zimmers zu belecken und zu beriechen. Schmutzige Flecke an denselben hielt er für Orangen und er wurde entrüstet, als man diese als schmutzige Flecke bezeichnete.

Subjektive Empfindungen des Gefühls sind bei Irren häufiger, als solche des Geruchs und Geschmacks. „Sehr wohl", „so wohl wie noch nie" fühlen sich manche Paralytiker; andere fühlen und nennen sich „sehr krank." Jene haben gewöhnlich Grössenideen; diese wähnen sich oft beeinträchtigt, von Feinden, Dieben, Verfolgern umgeben, oder sie haben hypochondrische Ideen. In näherem Verkehr mit Irren beobachtet man manchmal, wie die Sensationen nach und nach zu Wahnideen werden.

Ein melancholisches Mädchen klagte über Kopfschmerz; später sagte sie, es sei ihr im Kopfe, als würde mit den Fingern über das Gehirn gekratzt, wobei sie mit ih-

ren Fingern zur Veranschaulichung kratzende Bewegungen machte. Zuletzt trat der Wahn hinzu, es kratze ein Huhn in ihrem Kopfe.

Sofern sie dieses als Ursache ihres Schmerzes betrachtete, hatte sie Gefühls-Hallucinationen. Andere würden von Illusionen sprechen.

Ein Kranker behauptete zwischen zwei Parteien zu stehen und von zwei Seiten her werde durch Elektricität auf ihn gewirkt. Er schloss das aus kleinen Muskelzuckungen am rechten und linken Oberschenkel. „Ich stehe“, sagte er, auch auf neutralem Boden.“

Ein junger Mann gab an, er habe gefühlt, wie der Teufel, rauh und borstig ihm in den Hals gefahren sei. (Griesinger.)

So können denn alle Theile des Körpers durch die in ihnen auftretenden Sensationen zu Quellen der verschiedensten und sonderbarsten falschen Ideen werden, die sich dann eben auf der Grundlage dauernder örtlicher Zustände und Empfindungen leicht fixiren.

Es ist bekannt, dass sehr häufig, wenn nicht in der Mehrzahl der Fälle, mehr als *ein* Sinn leidet, dass Phantasmen verschiedener Sinne gleichzeitig in sehr vielen Fällen auftreten. Auch bei Gesunden kommt dieses vor. *) *Nicolai's* Gestalten fingen erst nach 4 Wochen an zu reden. Beim Gesicht und Gehör kann man sich diese Gleichzeitigkeit durch reflektorische Uebertragung erklären, die auch dem gesunden geistig-sinnlichen Leben eigen ist. Der Blitz erregt sogleich in uns die akustische Vorstellung des Donners; beim Ticken der Uhr schwebt vor unserem Auge das Bild derselben, um so deutlicher, je länger wir bei der Vorstellung des Tickens verweilen. Die Irradiation kann zur Selbstständigkeit der sekundären Phantasmen führen, nach dem Gesetze der Gewohnheit. Oder bei Ausbreitung der Gehirnkrankheit werden die Wurzeln verschiedener Sinnesnerven ergriffen. *Griesinger* **) empfiehlt bei den Hallucinationen der oberen Sinne namentlich auch Aufmerksamkeit auf die Zustände ihres Hülfsnerven, N. quintus. In mehren Fällen schienen ihm Gehörs- und Gesichtsphantasmen von neuralgischen Leiden des Quintus geweckt zu werden.

(Schluss folgt.)

---

*) S. Irrenfreund, Nr. 5, p. 68, 69.

**) p. 105.

Die Irrenanstalt Göppingen.

Vor uns liegt der erste Bericht über den 15jährigen Bestand dieser grossen Privatanstalt des Dr. *Landerer*, erstattet von dem dermaligen zweiten Arzte der Anstalt, Dr. *Landenberger*.

Dieselbe liegt einige hundert Sehritt südwestlich von der sehr freundlichen Stadt Göppingen, im Filsthale, unmittelbar an der Eisenbahnlinie zwischen Stuttgart und Ulm, in einer der schönsten Gegenden Württembergs.

Das Asyl, früher Bad und Wasserheilanstalt, wurde am 1. Mai 1852 als „Heil- und Pflege-Anstalt für Gemüths- und Geisteskranke" eröffnet. Im folgenden Jahre wurde ein Vertrag mit dem Staate abgeschlossen, vermöge dessen dieser das Recht hat, eine Anzahl Geisteskranke (bis zu 250) gegen ein vertragsmässig regulirtes Verpflegungsgeld der Anstalt zu überweisen. Die Frequenz derselben stieg nun rasch. Im Jahr 1854 wurden schon nahezu 100 Kr. verpflegt. Bis Ende 1865 fanden 1100 Aufnahmen Statt, die 1020 Kr. betreffen,

denn es wurden zweimal	aufgenommen	. . .	58
dreimal	„	. . .	6
viermal	„	. . .	2
fünfmal	„	. . .	1

Von den Aufgenommenen waren vorher zu Hause verpflegt	872
aus anderen Anstalten, Spitälern, Armenhäusern kamen	228

Es waren unverheirathet	622	— 56,6%
verheirathet	384	— 35,0%
verwittwet	88	— 8,0%
geschieden	6	— 0,4%

Unter den männlichen Kranken waren verwittwet 3,4%, unter den Frauen 14,4%.

Die Zahl der geisteskranken Wittwen ist bei allen genaueren Zählungen in und ausserhalb der Anstalten erschreckend gross, der Wittwenstand muss Momente enthalten, die ganz direkt die Entstehung von Geistesstörung begünstigen.

Von den 1100 Eingetretenen waren:

evangelisch	860,	78,7%
katholisch	220,	20,0%
israelitisch	17.	

Unter der Gesammtkrankenzahl des Landes sind evangelisch 71,2%, katholisch 27,6%. In der Anstalt zu Winnenthal sind 83% Protestanten, 14% Katholiken, in Zwiefalten 65% Protestanten, 32% Katholiken. Aus allem geht klar hervor, dass die Protestanten des Landes relativ mehr Prozente ihrer Kranken in den Anstalten unterzubringen pflegen, als die Katholiken.

Die Vermögensumstände waren günstig bei 576, ungünstig bei 524.

Die Dauer der Krankheit vor dem Eintritt in die Anstalt ist bekannt bei 1036, unbekannt bei 64.

Sie betrug:

4 Wochen	1/4 Jahr	1/2 Jahr	1 Jahr	2 Jahre	5 Jahre	10 Jahre	30 Jahre	?	Zusammen
84	94	157	137	124	230	101	100	64	1100
Davon genesen.									
40	32	56	26	12	21	7	2	3	109
Gebessert.									
16	30	37	43	31	38	12	12	8	227
Ungebessert.									
6	13	28	21	28	49	14	18	7	184
Gestorben.									
8	10	18	30	41	56	17	11	8	199
In Bestand.									
14	9	18	17	12	75	51	57	38	291

Es geht auch aus dieser Zusammenstellung hervor, wie mit der Dauer der Krankheit die Chancen der Heilung abnehmen. Während von den nach 4wöchentlicher Dauer in's Asyl Aufgenommenen fast 48%, nach 1/4—1/2jähriger Dauer 40 resp. 38% geheilt wurden, sinkt nach 1jähriger Dauer der Procentsatz auf 32,6%. Wieder eine Mahnung zur schleunigen Versetzung der Kranken in's Asyl. (Vergl. Irrenfreund 1866, No 12 p. 186. Ref.)

Von den 1100 Kranken litten an Melancholie 238, geheilt 37%.
Tobsucht 261, „ 32%.
Wahnsinn 117, „ 16%.
partieller Verrücktheit 249, „ 1 1/5%.
Blödsinn 235, „ 2%. *)

*) 5 Fälle von Genesung primären Blödsinns nach Trunksucht.

An allgemeiner Paralyse litten von 1100 — 92, 80 M. 12 Frauen, also 8,3% (12,2% M., 2,5% F.). Davon sind 67 gestorben, 11 sind ungebessert entlassen, um daheim oder in andern Anstalten zu sterben, 11 sind im Bestand, langsamer oder schneller dem sicheren Tode entgegenreifend, 8 wurden gebessert entlassen, wahrscheinlich nur, um spätern neuen Anfällen zum Opfer zu fallen.

Die Ursachen der Krankheit blieben in 38 Fällen unbekannt; in 19 Fällen schwere Excesse im Trinken und im Geschlechtsgenuss; in 11 Eällen Kopfverletzung und Hirnerschütterung, denen in unmittelbarer Folge die ersten Symptome sich anschlossen *); in 10 Fällen Heredität (5mal allein, 5mal mit andern Ursachen); in 6 Fällen Entzündung der der Hirnhäute (war diese Ursache oder Beginn des Leidens? Ref.); in 3 Fällen konstitutionelle Syphilis; in 8 Fällen Noth und Ueberanstrengung.

Die Paralyse begann in 69 F. zwischen dem 30.—50. Lebensjahre. Die Dauer der Krankheit betrug bei den Männern 2,7, bei den Frauen 4,4 Jahre.

Die Todesart bei der Paralyse ist fast stets dieselbe: nach einer Reihe apoplektiformer Anfälle, deren jeder ein Stück physischer und psychischer Kraft mitzunehmen pflegt, werden die Kranken bettlägerig, die anhaltende, unbeholfene Rückenlage mit der grossen Unreinlichkeit zusammen **) rufen bald verbreiteten Dekubitus hervor, die Kräfte schwinden mehr und mehr, und während der Kranke auf jede Frage nach seinem Ergehen uns versichert, dass es ihm gut gehe, ist schon die finale Hypostase oder ein Lungenödem im Anzug, der Scene ein Ende zu machen. Einzelne erliegen auch den apoplektiformen Anfällen; wenige sterben an interkurrenten Krankheiten.

An Irresein mit Epilepsie litten 40 Kranke, 31 M. 9 Fr. Wenn bei den Paralytikern die Form der psychischen Störung im Anfang sehr variirt, so ist sie dagegen viel konstanter bei den Epileptikern. Sie pflegt hier mit periodischer Tobsucht zu beginnen und früher oder später in Blödsinn mit periodischer Aufregung und Verwirrung überzugehen. Die Epilepsie war zweimal angeboren (neben Schädel-Skoliose und

---

*) In einem dem Ref. bekannten Falle war Sturz auf den Kopf Folge des Schwindels.

**) Ein zweckmässig eingerichteter Leibstuhl ist hier eine Wohlthat. R.

Idiotie), dreimal entstand sie in der Anstalt während des Verlaufs der Psychose; bei der grossen Mehrzahl fiel die Entwicklung in das jugendliche Alter, bei der Hälfte vor das 20. Lebensjahr. Die Ursachen waren in 19 Fällen unbekannt; Hereditât in 6 F., Excesse in B. et V. in 6 F., Onanie in 3 F., heftiger Schreck in 3 F.

Cumulation der Anfälle kann eintreten, wenn dieselben durch den Gebrauch irgend eines Medikamentes längere Zeit sistirt und dieser Gebrauch nun plötzlich aufgegeben wurde, daher es stets nöthig ist, die Dosen *allmälig* zu vermindern.

Von den 40 Epileptikern genas 1 (nach 1jähriger Dauer der Krankheit). Die Gestorbenen (15) erlagen meist einem Anfall durch Erstickung oder einer Reihe starker Anfälle durch Consumtion.

Aetiologie.

Alter: Zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre ist die stärkste Disposition zur psychischen Erkrankung bei beiden Geschlechtern; von da an fällt sie, bei Frauen schneller; nach dem 50. Lebensjahr ist sie bei letzteren merklich stärker, als bei gleichalterigen Männern.

Heredität: ist eine der am wenigsten bestrittenen Thatsachen. Vf. hat Erblichkeit nur da angenommen, wo Vater oder Mutter oder beide an entschiedener Geistesstörung litten. Unter „Familiendisposition" stellte er eine kleinere Reihe von Fällen zusammen, wo nicht die Eltern aber mehre Geschwister oder sonstige Blutsverwandten, z. B. die Grosseltern entschieden geisteskrank waren. Von den 1100 F. konnte in 156 Heredität, in 23 Familiendisposition nachgewiesen werden.

Damerow hat auf die Häufigkeit des Selbstmords in Familien, wo Geistesstörung hereditär ist, hingewiesen; er fand in 626 solcher Familien 95 F. von Selbsttödtung, die sich auf 84 Familinn vetheilten, also 15%.

Vf. fand in 156 Familien 24 F. von Selbstmord, die auf 17 Familien entfielen, also ein fast gleiches Verhältniss.

In den 156 F. direkter Erblichkeit datirte diese 87mal von der Mutter, 64mal vom Vater, und 5mal von beiden. Bei den männlichen Kranken überwog nur etwas das väterliche Element (43 : 39); die weibl. Kranken stammten viel häufiger von kranken Müttern ab (48 : 21).

In 106 F. ist die Hérédität als einzige Ursache genannt; in 50 F. galten noch andere Ursachen, bei den Männern häufiger somatische, bei den Frauen häufiger psychische.

Die Heredität scheint nicht die Entstehung einer bestimmten Irreseinsform zu begünstigen, aber sie begünstigt entschieden den Ausbruch der Störung in einem verhältnissmässig frühen Lebensalter, wie folgende Tabelle beweist.

Das Irresein entstand:

	bei der Gesammtzahl	bei den heredit. Fällen
zwischen dem 10.–20. J.	in 6,0%	in 9,6%
„ 20.—30. J.	in 31,1%	in 39,1%
„ 30.–40. J.	in 29,9%	in 27,8%
„ 40.—50. J.	in 21,9%	in 15,3%

Die gewöhnliche Annahme der übleren Prognose des hereditären Irreseins erwiess sich nicht als richtig; das Genesungsverhältniss stellte sich sogar etwas günstiger, als für die Gesammtzahl *), dagegen waren Recidive und periodische Formen entschieden häufiger, indess die Mortalität nicht beeinflusst wurde.

Trunksucht: ist nach Heredität am häufigsten als Ursache genannt, allein oder mit andern Momenten, in 87 F. (84 M. 3 Fr.). Auffallend ist, dass Heredität *und* Trunksucht, sonst die häufigsten Ursachen, sehr selten, nur in 3 Fällen, zusammenwirkten.

Das Lebensalter, in welchem nach Trunksucht die Störung ausbrach, ist im Durchschnitt ein späteres, als für die Gesammtzahl der Fälle, und ein viel späteres, als bei Heredität.

Von den obigen 87 Kranken wurden befallen:

unter dem 20. Jahre	0		
zwischen „ 20.—30. „	12	oder	13,9%
„ „ 30.–40. „	28	„	32,1%
„ „ 40.—50. „	34	„	39,0%

Das Maximum der Erkrankungen aus Trunksucht fällt also in das Alter, wo die Morbilität für Geistesstörungen bedeutend abgenommen hat. Die Erklärung dieser feststehenden Thatsache liegt nahe. Die Trunksucht tritt im jugendlichen Alter selten als ausgebildetes Laster auf, und die Schädlichkeit des Saufens muss längere Zeit gewirkt haben, bis sie Geistesstörung hervorruft.

*) wurde auch in Illenau beobachtet. S. Irrenfreund, 1866 Nr. 12, p. 188. Red.

In 44 Fällen galt die Trunksucht als alleinige Ursache, in den 43 anderen Fällen bestand 23mal Kombination mit geschlechtlichen Ausschweifungen, welche die Prognose ganz auffallend verschlimmert, nicht nur bezüglich der Heilung, sondern auch der Lebenserhaltung, denn beide Ursachen zusammen rufen sehr leicht allgemeine Paralyse hervor.

Ueberhaupt begünstigte die Trunksucht das Entstehen von zwei Formen, primär der Tobsucht und sekundär (selten primär) des Blödsinns. Von den genannten 87 Kranken waren 30 tobsüchtig, 35 blödsinnig, unter letzteren 19 paralytisch. Die Tobsucht der Säufer war nur selten höchst akut und energisch; sie verlief viel öfter als mässige motorische und psychische Aufregung, als krankhafte Reizbarkeit, als muskuläre Unruhe höheren Grades, dann als Projektenmacherei mit dem Anflug von Grössenwahn bei halb erhaltenem Selbstbewusstsein. Sie pflegte nach Eintritt in die Anstalt bald zu remittiren und grössere oder geringere Abspannung zu hinterlassen, die allmälig heilte oder in dauernden Blödsinn überging.

Als bezeichnend für das Irresein aus Trunksucht ist noch eine leicht hervortretende Gemüthsschwäche und später Gemüthsstumpfheit hervorzuheben, die seltener wieder verschwindet, als die übrigen Krankheitssymptome.

Melancholie kam nur bei 4 Trinkern zur Beobachtung, und bei 3 von diesen waren Unglücksfälle und deprimirende Affekte vorhergegangen.

Von 39 noch als heilbar aufgenommenen irren Trinkern wurden 17 als genesen, 19 als gebessert entlassen (unter ersteren 1, unter letzteren 3 recidiv in die Anstalt zurück); 16 (von 87) wurden ungebessert entlassen; 20 starben; 15 blieben in Bestand.

Den Genesenen bleibt meist die eigenthümliche Gemüthsschwäche, vermöge der sie trotz übler Erfahrungen dem Reize des Lasters nicht widerstehen.

Geschlechtliche Ausschweifungen und Onanie: sind 66mal als Ursache angegeben, 62mal bei Männern, 4mal bei Frauen, 27mal allein, 39mal mit anderen Schädlichkeiten, worunter 23mal mit Trunksucht und 7mal mit erblicher Anlage. Die dadurch bedingten Formen waren 24mal Blödsinn, 13mal Tobsucht, 10mal Melancholie. Letztere erschien in besonders häufigem Connex mit der Onanie (8mal unter 10 F.), die Tobsucht war häufiger nach natürlichen Excessen.

Onanie allein erschien 35mal als Ursache, 31mal bei Männern, 4mal bei Fr., bei denen sie übrigens nur viel schwerer zu eruiren ist. Onanisten erkrankten in etwas früherem (durchschnittl.) Lebensalter, als die übrigen Excedenten. Die Prognose erwies sich als entschieden ungünstig. Von den 66 Kr. genasen 5, wurden gebessert 15, starben 13, blieben ungebessert 15, in Bestand 18.

Von sonstigen Ursachen kamen noch häufiger vor:

Kopfverletzungen in 28 F., führten fast immer zum Blödsinn, häufig mit Paralyse.

Typhus in 23 Fällen, 14mal allein, 9mal mit andern Ursachen,

Wochenbett in 26 F., in 18 F. primärer Erkrankung 10mal Tobsucht, 8mal Schwermuth.

Psychische Momente.

Seitdem die somatische Schule ihre jetzige Geltung erreicht hat, sucht man mehr die Wichtigkeit der psychischen Ursachen, die früher in den Vordergrund der Aetiologie gestellt wurden, zu schmälern und ihnen den rechten Platz als Gelegenheitsursachen anzuweisen, wo sie immer noch einflussreich genug erscheinen.

Im Allgemeinen erkrankten weit mehr Kranke aus physischen, als aus psychischen Ursachen allein, so von den Männern nur 20 aus letzteren allein; bei den Frauen waren sie häufiger und wirksamer. Bei den aus psychischen Ursachen Erkrankten konkurrirten viel häufiger andere Momente, besonders Heredität und Trunksucht. Als die wirksamsten erschienen lang genährte depressive Affekte, sehr selten die expansiven. Unter den vorübergehenden Momenten ist weitaus das wirksamste der jähe heftige Schreck.

Auch wo der Affekt als Ursache allein zu stehen scheint, wirkt er häufig nachweisbar durch Vermittelung und Hervorrufung somatischer Störungen.

Genesungen. (S. erste Tabelle.)

Von der Gesammtzahl der Kranken (heilbaren und unheilbaren) genasen 19%, von den Männern 14,9, von den Frauen 22,3%. Von der im Laufe des *ersten* Monats nach Beginn der Krankheit Aufgenommenen genasen fast 48%, von den im ersten Quartale 40,4%, nach dem ersten Halbjahre 38,4%, nach dem ersten Jahre 32,6%. Von 137 Kr., bei denen die Störung schon 1 Jahr gedauert hatte *vor* der Aufnahme, genasen nur 26, i. e. 19%. Die meisten Genesungen traten ein zwischen



dem 3.—6. Monate nach Beginn der Krankheit; die Genesungen nach 5jähriger Krankheitsdauer fielen ausschliesslich auf weibliche Kranke, bei denen überhaupt und relativ Genesungen häufiger sind, Schwächezustände viel später eintreten, als bei Männern. *B.*

Unglückliche Gewaltthaten Geisteskranker.

(Journ. de Méd. Mentale 1867, No 6.)

Wenn Etwas, sagt *Delasiauve*, in Erstaunen setzen muss, so ist es, gegenüber den täglichen Unglücksfällen, das wahrhaft strafbare Vorurtheil der politischen Zeitungsschreiber betreffs Internirungen von Geisteskranken, die sie als willkürliche bezeichnen. In den Annal. méd. psycholog. finden wir neue Thatsachen, die ihnen die Augen öffnen sollten.

1) In Passy stürzte sich vor Kurzem ein Lehrer der hebräischen Sprache, bei der Rückkehr nach Hause, auf seine Frau, indem er ihr zuschrie: „ich muss Dich verspeisen.“ Darauf zerfleischt er ihr mit den Zähnen die Nase, das eine Ohr und die Schulter. Es kostete viele Mühe, das um Hilfe rufende Opfer aus den Händen des Rasenden zu befreien, der alle Menschen zerfleischen wollte.

2) Die „Petite Presse“ veröffentlicht unter der Aufschrift: „Der wahnsinnige Krankenwärter“, eine Geschichte, die man für erdichtet halten möchte. Eugène P., ein junger Maler, wird von einem Wagen überfahren und zerbricht das Bein, vor dem Hôtel des Hr. de T., der, eben ausgegangen, darauf dringt, dass man den Verwundeten in sein Zimmer bringt. Nach dem Mittagessen kehrt de T., von einem Besuche spät zurück und hält, beim Anblick von Blut in den Leintüchern, Eugène P. bald für das Opfer eines Meuchelmordes, bald des Selbstmordes. Er nimmt darauf einen vergifteten Dolch und macht drohende Bewegungen, bald gegen imaginäre Räuber, bald gegen den Kranken. Man begreift, welch' schreckliche Nacht der Letztere an der Seite seines furchtbaren Wärters verbrachte. Herr de T., der wegen toller Verschwendungen interdizirt worden war, befindet sich jetzt in einem Asyle.

3) Zu Pintagel (Cornwallis in England) war ein Sandträger, wegen beunruhigender Wahnideen, von seinen Kameraden, die einen Selbstmord fürchteten, der Reihe nach bewacht worden. Die Reihe kam an Th. Baker. Sie gingen am Meeresufer auf und ab. Plötzlich erfasste der Kranke den Th. Baker und strengt sich an, ihn in's Meer zu stürzen. Es war noch dunkel. Es entspinnt sich ein verzweifelter Kampf, und am andern Morgen fand man zwei Leichen, welche die Wogen an's Land geworfen.

4) In der Strasse Mont Parnasse bemerkte man 4 Uhr Morgens auf dem Gipfel eines Daches ein Individuum, das, gestikulirend und laut lachend, die Dachziegel wegriss und herabwarf. Man zieht die Wache und Pompiers herbei. Aber es dauerte eine Stunde und länger, bis der Mann, der von einer Dachrinne zur andern verfolgt wurde, unter der Gefahr des Herabstürzens, ergriffen und gerettet wurde. Es war ein Geisteskranker.

Verderbliche Freiheit, die man den Irren lässt! Man erinnert sich jenes Hallucinanten, der im vorigen Jahre in Mehm am hellen Tage einem Gastwirth den Bauch aufschnitt, weil er mit seinen Feinden gegen ihn konspirire. So unglücklich sind zwar nicht immer die Triebe der Geisteskranken, aber oft erfordern sie nicht weniger Schutz- und Aufsichts-Massregeln. Es sind kaum acht Tage her, dass man mich abermals zu einer Dame rief, die vor drei bis vier Monaten die sonderbarsten Skrupel empfand. Seit 14 Tagen waren diese wiedergekehrt, aber mit einer besondern Komplikation. Madame X. deponirte heimlich bei Kaufleuten grössere oder geringere Summen, um imaginaire Schulden zu bezahlen. Einige Kaufleute haben das nicht bemerkt, andere, das Geld findend, fragten sich verwundert, woher es kommen könnte. *D.*

Solche Fälle beweisen allerdings die auch noch in andern Gründen liegende Nothwendigkeit der Asyle, in denen das Leben, die körperliche Gesundheit und das Eigenthum der Geisteskranken sicherlich im Allgemeinen besser geschützt sind, als in ihren häuslichen Verhältnissen, und in der Freiheit der menschlichen Gesellschaft. Die in Frankreich, wie auch bei uns noch vielfach herrschenden Vorurtheile gegen Irren-Anstalten, der Glaube, dass Viele in ihnen aus egoistischen Rücksichten und ohne Grund internirt sind, werden nicht nur unterhalten durch die Erzählung von angeblichen Fällen unrechtmässiger Einsperrung *Gesunder*, sondern auch durch die thatsächliche Unterbringung mancher Geisteskranker in Asylen, die ebenso gut ausserhalb ihnen, in grösserer Freiheit leben könnten. Diese Thatsache wird so gut, wie andere Wahrheiten, wenn auch langsam, grössere Anerkennung finden, zum Wohle der Asyle selbst und der Kranken. Aber man kann und darf nicht zu weit gehen. Das Bedürfniss der Asyle überhaupt zu leugnen, hiesse den Charakter des Irreseins verkennen. Aber mit dem Fortschritte der Bildung im Allgemeinen und mit der Verbesserung der einmal unvermeidlichen Asyle wird gleichzeitig die Möglichkeit, Irre aus letzteren der menschlichen Gesellschaft zurückzugeben, auch wenn sie nicht geheilt sind, häufiger werden. *B.*

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 8. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ueber Hallucinationen und Illusionen (Schluss). Fälle sog. Pyromanie. Zerstreuungen bei Irren. Ueber Selbstmord von Geisteskranken in der Heilanstalt Sachsenberg. Ueber heriditäre Seelenstörung. Familiäre Disposition zum Selbstmord. Literatur.

Ueber Hallucinationen und Illusionen.

Von Dr. Brosius.

(Schluss.)

Das durch die Sinnesdelirien Vorgestellte ist viel häufiger etwas Unangenehmes, denn Angenehmes. Unter den im Vorigen angeführten Fällen ist nur der von *Marc*, in welchem der Kranke durch seine subjektiven Empfindungen erfreut wurde. Die selbstzufriedenen, sich überhebenden, an Grössen-Ideen leidenden Paralytiker haben häufig heitere Sinnesbilder, die dem Grössenwahn entsprechen. Sie freuen sich über den Besuch und die Anwesenheit hoher Personen, begrüssen in ihren Mitkranken freudig erregt Mitglieder fürstlicher Familien. So sind auch bei andern Irren die Phantasmen meistens konform dem Inhalte ihrer herrschenden Ideen, daher hässlich, finster, drohend in der Schwermuth und in schwermüthigen, ängstlichen Zuständen, welche interkurrirende andere Formen, die Manie, den Blödsinn begleiten. Der Wechsel der Stimmung und des Verhaltens ist durch den Inhalt der auftretenden Sinnesbilder häufig bedingt. Doch richtet sich die Reaction des Individuums nicht allein nach dem Inhalt des sinnlich Empfundenen, sondern

auch nach dem Inhalt der sonst herrschenden Vorstellungen und Wünsche. Ein an sich hässliches Phantasma kann doch einem Irren angenehm sein; er sieht den Teufel, Blutgerichte etc. und freut sich, weil er nun des Untergangs seiner Feinde gewiss ist. Ein träumend, schweigsam dasitzender Schwermüthiger beginnt plötzlich zu weinen; vor ihm schwebten schöne Bilder früherer Zeiten, die im Kontrast mit seiner jetzigen Lage ihn nur noch trauriger machen. Oft sieht man Geisteskranke lächeln und lachen über komische Phantasmen; bei andern ist das Lachen mehr ein Verlachen, ein höhnisches, herausforderndes Verspotten, zu dem drohende Phantasmen sie veranlassen.

Der Inhalt der Sinnesbilder kann auch ein ganz indifferenter sein, sie entsprechen weder einem traurigen noch einem heiteren Vorstellen, man kann sie nicht zurückführen auf den herrschenden Ideenkreis, noch werden sie zu Ausgangspunkten neuer, bestimmter Ideen, gewisser Stimmungen; es sind ganz gleichgültige Erscheinungen, Linien, mathematische Figuren, Nebelflecke, feurige Kugeln u. s. w. Man kann sie nicht als Effekte des Vorstellens und der Stimmung betrachten, sie sind analog den urplötzlich, auch bei Gesunden, vor dem Einschlafen, auftretenden Phantasmen, die da sind, ohne dass wir vorher an sie dachten, eigenthümliche Gestalten, Figuren, Klänge, die dem Inhalte früherer oder jetziger Gedanken in keiner Weise entsprechen. Es sind Bildungen, die andern, als psychischen, Zuständen des Gehirns ihren Ursprung verdanken.

Bei Geistesgesunden sind die Phantasmen am häufigsten vor dem Einschlafen, in der Stille und Dunkelheit, wenn das Gehirn durch objektive Bilder weniger in Anspruch genommen wird. So ist es auch oft bei Geisteskranken, und ihre ersten Hallucinationen sollen oft in der Zeit des Einschlafens auftreten, des Abends, in der Stille der Nacht, bis sie nach längerer Dauer auch bei völligem Wachen vorhanden sind. *) Die nächtliche Unruhe mancher Geisteskranken mag von dem Auftreten der Hallucinationen in der Stille bedingt sein; manche werden Abends und in der Einsamkeit ängstlich, wo wir gleichfalls an Phantasmen zu denken haben. Andere werden durch die Einsamkeit und das Fehlen äusserer Eindrücke beruhigt; die Isolirung zerstört ihre

*) Griesinger, p. 96.

Illusionen, die sich an das Tagesleben und die Eindrücke auf die Sinnesnerven knüpfen.

Die Existenz der Hallucinationen und Illusionen wird von manchen Kranken verschwiegen, d. h. durch bestimmte mündliche oder schriftliche Aeusserungen nicht angezeigt, während andere grade zu und ganz bestimmt, öfterer oder seltener von ihren Phantasmen sprechen, den Inhalt ihrer Gehörshallucinationen niederschreiben, ihre Visionen abzeichnen, ausführlich die Qualen oder Freuden schildern, welche ihnen durch verschiedene subjektive Empfindungen bereitet werden. Hier ist also die Diagnose ausgesprochen.

Ein Kranker in Illenau *) rief aus, als ihm ein Bad zu seiner Beruhigung verordnet wurde, »Wozu soll ich in's Bad? Baden Sie meine Stimmen, damit ich Ruhe bekomme.“ Ein andermal, als er sich mit ihnen herumzankte und durch sie in die grösste Exaltation versetzt war, verlangte er, man solle die Stimmen statt seiner in die Zwangsjacke stecken.

Viele sagen geradezu, dass sie diese oder jene Erscheinungen gehabt, Dieses oder Jenes gehört haben; sie erklären, entschuldigen, rechtfertigen damit ihre Handlungsweise.

Wo die Diagnose nicht klar und ausgesprochen ist, und der Kranke sogar das Vorhandensein von Hallucinationen bestimmt leugnet, wofür er seine Gründe haben wird, — können wir ihre Existenz dennoch mit grösserer oder geringerer Sicherheit annehmen, wenn der Kranke Bewegungen macht, die auch bei Gesunden sogar unwillkürlich als Reaction auf sinnliche Wahrnehmungen erfolgen oder als solche gelten können. Plötzliche Wendung des Kopfes, Seitwärtsbewegung der Augen, längeres öfteres Schauen nach bestimmten Stellen, lauschende Bewegungen, Anspannung der Gesichtsmuskeln, Halten der Hand am Ohre, plötzliche Ausrufe und Bemerkungen, rasches Aufspringen, Lachen, allerlei Bewegungen des Mundes, der Zunge, gewisse respiratorische Akte und sonstige motorische Reactionen lassen sich um so eher auf subjektive Empfindungen der Kranken zurückführen, wenn objektive Anlässe, die sie erklären könnten, nicht konstatirt werden. Die Beobachtung des Kranken in der *Einsamkeit* ist daher wichtig. Oder seine Aeusserungen passen gar nicht zu den objektiven Erregungen, zu der augenblicklichen Unterhaltung mit ihm, er erscheint zerstreut, oder zu den Reden, die er

---

*) v. Krafft-Ebing, die Sinnesdelirien, p. 33.

eben führte, er erscheint verwirrt; sein Lachen ist scheinbar unmotivirt; seine Worte klingen als Antworten, ohne dass Fragen gestellt wurden u. s. w.

Das mit sich Sprechen ist bei Gehörshallucinanten sehr häufig. Einige führen lange Zwiegespräche; sie antworten den imaginären Fragern; bei andern hört man nur einzelne Sätze oder Ausrufe; einige sprechen mit sich nur wenn sie *allein* sind, auf ihrem Zimmer, auf einsamen Spaziergängen, andere aber auch in Gesellschaft, an der gemeinschaftlichen Tafel, auf der Strasse, und sie werden durch ihr lautes, lebhaftes Reden bei den Leuten auffallend oder verrathen gradezu ihre geistige Störung. Gleichwohl wollen manche das Vorhandensein ihrer Phantasmen nicht zugeben; man weiss oft nicht warum; einige leugnen sogar ihre *Zwiegespräche*; einige sagen nur dass ihr Vorstellen sehr lebhaft und darin ihr lautes mit sich Sprechen seinen Grund habe. Andere sprechen leise mit sich, oder man sieht nur die Bewegungen ihrer Lippen. Dieses freilich beweist noch nicht die Existenz von Hallucinationen. Wenn aber z. B. ein solcher Kranker öfter gleichzeitig Bewegungen des Kopfes und der Augen macht, als sehe er Etwas, oder wenn er irgend Etwas erzählt, was *man* ihm gesagt habe, Etwas zu thun wünscht oder fordert, was er thun *müsse*, — ohne dass die Umgebung *äussere* Quellen und Gründe dafür findet, so wird die Existenz subjektiver Wahrnehmungen sehr wahrscheinlich.

Ausser auf die einzelnen sprachlichen Aeusserungen und die besonderen Bewegungen, hat man behufs Konstatirung der Hallucinationen zu achten auf das ganze Verhalten des Kranken, auf die Art und Weise, wie er mit der Umgebung verkehrt, wie er die leblosen Gegenstände behandelt, wie er sich kleidet, wie er sich beim Essen benimmt u. s w. Manche Kranke z. B. wissen oft nicht, wie sie in irgend einer Situation handeln sollen, sie sind unentschlüssig, sie thun Etwas, ändern es sogleich wieder, wollen Etwas ausführen, treten aber plötzlich zurück, sie haben Etwas ausgeführt und beklagen nun, dass es geschehen ist, u. s. w. Hier kann der Kranke von Stimmen verschiedenen Inhalts beeinflusst werden und sie wissen nicht, welcher sie folgen sollen. Solche Geisteskranke bieten einen höchst bemitleidenswerthen Anblick. Wieder andere Hallucinanten sind sehr reizbar, launig; sie vertragen sich schlecht mit den sie umgebenden Personen, schimpfen auf sie, beschuldigen sie in verschiedener Weise, schneiden

ihnen Gesichter, jagen sie aus ihrer Nähe. Fragt man sie nach dem Grund ihres Aergers und Zornes, der durch das Verhalten der Umgebung nicht motivirt ist, so hört man wohl die Aeusserungen: „wie kann dieser Mensch sich mir nähern“, „der ärgert mich immer“, der langweilt mich.“ Der Kranke hat Stimmen, die ihm von der betr. Person zu kommen scheinen, oder er sieht sie für jemand anders an; er hält die Kleider derselben für die seinigen u. s. w. Ein anderer Kranker will stets das Zimmer wechseln, er sagt „*hier* halte ich es nicht aus“, „*hier* geht es nicht mit rechten Dingen zu“, „hier habe ich keine Ruhe“; bringt man ihm das Essen, so wünscht er andere Speisen, er sagt „die darf ich, die kann ich nicht essen“, „zwingen sie mich nicht dazu, Sie haben es sonst zu verantworten.“ Hier und bei sonstigen Launen, Neigungen und Abneigungen, Zärtlichkeiten und Grobheiten, Wechsel der Stimmung und der Wünsche hat man an Hallucinationen und Illusionen zu denken und danach die Behandlung, den Verkehr mit dem Kranken einzurichten. Ohne die Annahme von Sinnesdelirien lässt sich das oft so eigenthümliche, grillenhafte, excentrische, manierirte, leidenschaftliche Wesen und Verhalten der Irren gar nicht erklären.

Es ist noch zu bemerken, dass die Täuschungen sich manchmal deutlicher in den *schriftlichen* Aeusserungen der Kranken offenbaren; in ihren Briefen und Tagebüchern können sich die Beweise finden, die wir sonst vermissen. Die eigenthümlichen, uns unverständlichen Zeichnungen, allerlei Figuren, welche Irre in ihren Briefen etc. anbringen, können die Copien ihrer optischen Phantasmen sein.

Also nur eine genaue Beobachtung des Kranken nach allen Seiten hin, zu verschiedenen Zeiten, an verschiedenen Orten, in verschiedenen äusseren Situationen — kann, wenn er nicht durch bestimmte Angaben das Vorhandensein von Hallucinationen unzweifelhaft macht, uns mehr weniger Sicherheit geben.

Zum Schluss dieser Abhandlung sei daran erinnert, dass Sinnesdelirien nicht selten fast allein das ganze Irresein eines Kranken ausmachen und dass sie oft der Kern, die Grundlage äusserlich verschiedener Zustände sind, z. B. der sog. Mania epileptica, Man. transitoria, die durchaus keine genuinen Tobsuchten, sondern, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, auf Hallucinationen und Illusionen beruhende Traumzustände, ängstliche melancholische Aufregungen sind. In den einzelnen Formen des Irreseins selbst sind die *Exacerbationen* sehr oft durch das

Auftreten von Sinnesdelirien bedingt; eben so oft beruhen auf ihnen die sog. *fixen Ideen* in den psychischen Schwächezuständen. Wir werden illustrirende Fälle später mittheilen.

Fälle sog. Pyromanie.

Die neue Psychiatrie verwirft die Annahme einzeln dastehender krankhafter Triebe ohne Störung der Intelligenz. Ist bei einem Individuum nicht das Vorstellen, das Element in allen Irreseinsformen, krankhaft gestört, sei's der Form, sei's dem Inhalte nach, so kann und darf es nicht für geisteskrank gehalten werden. Der Unterschied zwischen Immoralität, Leidenschaft und Irresein hört sonst auf.

Dieser Unterschied mag zwar in manchen konkreten Fällen sehr schwer festzustellen sein, aber bevor der Arzt erklärt „hier ist Irresein nicht nachzuweisen", „hier liegt Leidenschaft, Rache, Egoismus vor" oder „dieser Fall ist zweifelhaft« — Erklärungen, welche das Schicksal eines Inkulpaten entscheiden oder es dem Richter überlassen — muss er die genaueste und sorgfältigste Untersuchung vorgenommen haben.

Wir theilen in Folgendem einige Beispiele sog. Pyromanie (Brandstiftungstrieb) aus der Literatur *) mit.

1) Ein Dienstmädchen hatte sich beim Tanzen erhitzt. Nach Hause zurückgekehrt, wird sie plötzlich von einem heftigen Drange, Feuer anzulegen, ergriffen. Während drei Tagen ist ihre Angst schrecklich. Sie legte Feuer an und Nichts glich ihrer Freude beim Anblick der Flammen.

(Hencke.)

War dieses Mädchen bevor sie zum Tanze ging, gesund? welches war ihr psychischer Zustand? Welche Vorstellungen hatte sie bei dem Drange, Feuer anzulegen, während ihrer dreitägigen *Angst?* Angst ohne gewisse Ideen ist nicht denkbar, ebenso wenig *Freude.* Dass solche der Angst, nach dem Uebergange zur That, folgte ist leicht erklärlich. Jeder Gemüthszustand mässigt sich oder verschwindet, wenn die vorgestellten (gewollten) Bewegungen ausgeführt sind; der Mensch fühlt sich

---

*) Journ. de Méd. mentale 1866. Jan.

erleichtert, frei; die vorhergehende Koncentration auf gewisse Ideen, Hemmung, weicht grösserer Beweglichkeit der Vorstellungen (Lust), und der gegentheilige Affekt kann noch durch *besondere* Ideen gesteigert werden.

2) Brandstifter-Banden trieben sich im J. 1830 in mehreren Departements umher. Ein 17jähriges Mädchen, im 6. Monate schwanger, erschien als angebliche Mitschuldige vor dem Schwurgericht. Sie gehörte nicht zu einer Bande, aber sie gestand, dass sie zweimal Feuer angelegt habe, unter dem Einflusse eines Triebes, den die Schwangerschaft ohne Zweifel hervorgerufen, und den die alarmirenden, in der Gegend umlaufenden Nachrichten steigerten. (Gaz. des trib. Nro 181.)

3) Bei Grabowska, 15 Jahr alt, scheint der Trieb durch Heimweh genährt worden zu sein. Sie diente bei einer Herrschaft und sehnte sich zu ihren Angehörigen zurück. Beständig hatte sie das Verlangen, Feuer anzulegen, geängstigt durch einen Schatten in ihrer Nähe. Dabei Kopfschmerz und Menostasie.

Hier also Heimweh (ein schwermüthiger Zustand; mit welchen Ideen?) und Gesichtsphantasmen, nebst Kopfschmerz. Der Feuer-Trieb also nicht isolirt.

4) Jane Walls, 13 Jahre alt, zündet bei ihrer Herrschaft die Vorhänge eines Bettes an. Sie war erstaunt über die Wirkung der Flammen. In ihrer Kindheit hatte sie ein Fieber mit Gehirnerscheinungen überstanden. Davon noch Spuren. Anfälle heftiger Migräne.

(Gaz. des trib. 1833.)

Also auch hier *neben* dem Triebe Cerebral-Erscheinungen.

5) Im Jahre 1850 war in einem Dorfe mehrmals Feuer ausgebrochen. Der Verdacht haftete zuletzt auf Marie B., 43 Jahre alt, der Frau eines ehrsamen Arbeiters. Vollblütig, nach Unterlassen von Blutentziehungen, hatte sie Ohrensausen und Schwindel. Ihre ruhigen Geständnisse erregen die Vermuthung geistiger Störung, und sie wird einem Asyle zur Beobachtung übergeben.

Appetit, Schlaf, Lust, sich zu beschäftigen. Man stenographirt ihre Antworten.

Gewisse Gründe hätten sie gezwungen; dann hätte ihr die Sache sehr gefallen; sie habe sich befreit von einem schwarzen Gespenste, welches sie

von allen Seiten beständig umlagere und bei Feuer und Licht verschwinde. Es quäle sie seitdem der Schrecken, den ihr eines Nachts der Anblick eines brennenden, vom Blitz getroffenen Hauses verursachte. Vergebens habe sie mit ihrer Vernunft dagegen gekämpft; sie konnte sich nicht beherrschen und legte bei Frau D. Feuer an, in ihrem eigenen Hause; später machte sie noch zwei erfolglose Versuche. Ihr Mann ist ruinirt, er seufzt und sagt sich ganz leise, dass sie eine liederliche Person sei. Aber ein gewisses Etwas, ein Drang zum Feueranlegen treibe sie. Das Feuer ist so schön! Es begeistere sie. Der Gedanke an Verantwortlichkeit sei ihr niemals gekommen; sie habe nie die Absicht gehabt, ein Verbrechen zu begehen. Sie sei keine böse Frau. Nur wagte sie nicht mehr zur Beichte zu gehen, aus Furcht vor den Bemerkungen des Priesters. Sie vergleicht sich mit einem Trunkenen, der noch mehr zu trinken verlangt. Der Anblick des Feuers erregt in ihr die Lust, Alles zu verbrennen. Sie behauptet übrigens nicht irre zu sein. Nach kurzer Zeit hielt man sie für soweit gebessert, um sie ihrer Familie zurückzugeben. Der Ausgang war ein Selbstmord.

(Legrand du Saulle.)

Zerstreuungen bei Irren.

Vor einiger Zeit wurde eine Kranke in's Asyl geführt, deren ängstliche Aufregung ihre Isolirung erforderte. Diese entsprach nicht den Erwartungen der Kranken, der man zu Hause gesagt hatte, sie werde hier viel spazieren gehen, Kaffeehäuser besuchen, in der schönen Gegend ausfahren, kurz sich in vielfacher Weise zerstreuen können.

Ja, Zerstreuung! Das ist noch immer die Parole des Laien, und, wir wissen es aus Erfahrung, auch noch mancher praktischen Aerzte, wenn es sich fragt, was mit einem Geisteskranken geschehen soll. Man glaubt, „Zerstreuung“ sei eben im Stande und nöthig, um die trüben Gedanken des Melancholikers zu verscheuchen, um den Wahnsinnigen von seinen extravagirenden Projekten abzubringen, um den Schwachsinnigen zu erregen, den Unthätigen beweglich zu machen. Der Laie kennt kaum ein anderes Mittel als Zerstreuung bei *einem* Theile der Geisteskranken, Strenge und Einsprerrung bei einem andern, bei widerspenstigen, eigensinnigen und gewaltthätigen Kranken. Er hat

nur die *Aeusserungen*, die Reden und die Bewegungen, das sinnlich wahrzunehmende Verhalten des Gehirnkranken im Auge, den Zustand des Organismus, den Stand der Ernährung, die Störungen der einzelnen Organe, die Empfänglichkeit der Nerven, die Erkrankung des Gehirns selbst kann er nicht beurtheilen, er weiss davon Nichts, Nichts von der Wirkung der körperlichen Zustände und äussern Eindrücke auf das geistige Leben im Ganzen und einzelne Symptome; er kann daher auch nicht sagen, ob Zerstreuung vortheilhaft oder schädlich für den Kranken sei. Er denkt aber, weil er es von jeher nicht anders gehört hat, und weil das äussere Verhalten des Kranken es so scheinen lässt, dass Zerstreuungen, Ausflüge, Spiele, Koncerte, Theater, angenehme Beschäftigungen, Lektüre, gesellschaftliche Unterhaltungen u s. w. den Geisteskranken heilen werden. Das ist ein ganz gewaltiger Irrthum!

Wir haben schon mehrmals in diesem Blatte auf die Nachtheile dieses Irrthums hingewiesen. Wir thun es heute abermals. In den Asylen weiss man die Zerstreuungen zur rechten Zeit, in richtiger Weise und bei den für sie sich eignenden Kranken zu benutzen; man individualisirt. In den häuslichen Verhältnissen des Patienten behandelt man diesen ohne Regel und Methode, man handelt, wie man es eben nach dem augenblicklichen äussern Benehmen des Patienten für gut hält und wie es die äussern Verhältnisse gestatten, ohne Einsicht in und ohne Rücksicht auf die Basis der Aeusserungen des Kranken, d. h. auf den Zustand des kranken Gehirns und des ganzen Körpers; in den Asylen herrschen die Grundsätze der somatischen Schule, ausserhalb ist man einestheils mehr Psychiker und vergisst anderntheils sehr oft, dass die Pflege des Kranken doch eine *andere* ist, als die des Gesunden. Aber der Irre ist eben kein Gesunder. Diesen kann man zerstreuen, wenigstens viel leichter und öfterer. Er vergisst bei ergiebiger Bewegung, auf Promenaden und Ausflügen, in heiterer Gesellschaft u. s. w., seinen Missmuth, seinen Kummer und seine Sorgen; für ihn ist also Zerstreuung eine Wohlthat; sie beschleunigt die Wirkung der Zeit, die Alles vergessen macht. Aber der Melancholiker? Wie wenig nützt es gewöhnlich, wie oft ist es verderblich, einen Schwermüthigen in der *ersten* Zeit seiner Erkrankung aus seiner selbst gewählten Einsamkeit zu reissen, täglich lange Spaziergänge mit ihm zu machen, oder sogar Reisen zu unternehmen, ihn in Gesellschaften, auf Bälle, in Concerte, Theater und Kaffeehäuser zu führen! Aber man meint, man müsse das thun'

man dürfe den Kranken nicht in der Ruhe des Zimmers, in der Ecke des Sopha's, in seinen Gedanken und in Unthätigkeit versinken lassen. Wie oft wollten Kranke im Beginne ihrer Störung gern ungestört und unbelästigt bleiben, in der Einsamkeit ihres Zimmers, in der Ruhe des Bettes, fern von allen lästigen und widrigen äussern Eindrücken. Aber man gab es nicht zu. Man riss sie heraus, man suchte sie zu zerstreuen, den Gang ihrer Ideen zu ändern, die Seele von ihrem Drucke zu befreien. Wie oft haben solche Kranke die Wohlthat der Ruhe in Asylen empfunden! Wie manche sprachen nach ihrer Heilung sich dankbar dafür aus, dass man sie in ihrem Zimmer gelassen, dass man ihnen das Bettliegen empfohlen, dass man sie nicht mit Gewalt den ihnen so widrigen Einwirkungen der Aussenwelt preisgegeben, wie das zu Hause geschehen sei, wo sie auch vielleicht ihre Heilung gefunden, wenn man sie nur in Ruhe gelassen hätte. Wende man nicht ein, dass manche Kranke durch Zerstreuung geheilt worden. Wir verwerfen dieses Mittel nicht, wir leugnen nicht seine gute Wirkung in manchen Fällen, wir warnen nur vor seiner Generalisirung.

Glücklicherweise verhindert oft die Reaction des Kranken die Nachtheile der Versuche, die man behufs seiner Zerstreuung macht. Man überzeugt sich, dass er sich nicht zerstreuen lässt, dass er missmuthig, ängstlich bleibt, dass er seine Klagen nicht aufgibt, dass er nicht auflebt, nicht heiterer, theilnehmender, beweglicher wird, wenn und so oft man ihn auch in, Andere zerstreuende und erfreuende, Verhältnisse bringt, ja dass er nach jedem Versuche in dieser Richtung sich nur angegriffen, matt und unbehaglich fühlt. Eine solche Wirkung führt dann dazu, dass man, zum Glück für viele Kranke, von dem Zerstreuen Abstand nimmt.

Ohne früher Gesagtes zu wiederholen, nehme ich nur noch Veranlassung, an den Eingangs dieser Notiz erwähnten Fall *die* Mahnung zu knüpfen, keinem Kranken, den man zur Abreise in ein Asyl bewegen will, oder auf der Reise nach diesem, des Trostes halber, um ihn zu ermuthigen, um ihn willfährig zu machen oder zu erhalten, — keinem Kranken also vorzumalen, wie gut er es im Asyle haben werde, welche Vergnügungen man ihm bieten, wie angenehm er sich es dort machen könne. Die Kranken treten dann oft mit Erwartungen in's Asyl, denen zu entsprechen ihr eigner Zustand vielleicht gradezu verbietet. Diese Täuschung ist nachtheilig; sie macht die Kranken leicht misstrauisch.

Sie beklagen sich über ihre Lage, sie bedauern, den Ihrigen, die sie in's Asyl begleiteten, gefolgt zu sein. Sie wähnen, die Aerzte thäten nicht ihre Pflicht, man behandle sie verkehrt und ungerecht, man verschweige den Angehörigen ihre Lage, diese wüssten nicht, wie sie es in der Anstalt hätten. Nun will ein solcher aufgeregter Melancholiker, der überhaupt gern nach äusserer Veränderung sucht, durchaus wieder nach Hause, wo er viel besser die Zerstreunngen finde, welche man ihm auf der Reise in's Asyl versprochen, wo es aber viel anders sei, als er es sich gedacht habe.

Jeder Irrenarzt, der solche Fälle aus Erfahrung kennt, weiss, welche Unannehmlichkeiten für den Kranken und die Anstalt aus Versprechen entspringen, die man dem Kranken nicht halten kann. Also mögen Aerzte, welche die Uebersiedelung eines Patienten in's Asyl für nöthig halten, Familien, die diesen dazu bestimmen, Freunde oder Verwandte, die ihn dahin begleiten, — sich hüten, ohne Weiteres und ganz bestimmt diesem zu sagen, wie er im Asyle leben kann und wird; man möge sich namentlich hüten, ihm Versprechungen zu machen, die, ganz abgesehen von dem speziellen Krankheitszustande, möglicher Weise sich gar nicht in der demnächstigen speciellen und lokalen Situation des Kranken realisiren lassen. — Man muss nur im Allgemeinen und besser zu wenig, als zu viel mit einem Kranken sprechen, der aus seiner Familie versetzt wird. Das Beste, was man immer sagen kann und muss — ist: Du kommst zu einem Arzte, der solche Kranke, wie Du, genau kennt, wo mehre solche *Kranke*, wie Du, sind, und wo für Dein Bestes in jeder Weise gesorgt wird, *nach Angabe des Arztes*, *ber das allein bestimmen kann.*" In Details und Spezialien der demnächstigen Behandlung und der Anstaltsverhältnisse soll man sich nicht einlassen, damit den Kranken demnächst nicht Täuschungen treffen, die mindestens, wenn sie nichts Schlimmeres erzeugen, die Heilung verzögern, denn Täuschung ist ein Gift für das Gemüth.

Ueber Selbstmord von Geisteskranken in der Heilanstalt Sachsenberg.

(Excerpt aus Med.-Rath Dr. *Löwenhardt*'s Abhandlung in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 24. Bd. 3. Heft.)

In Sachsenberg haben sich, seit Eröffnung der Anstalt vor 37 Jahren, 22 Kranke das Leben genommen. Behandelt sind in dieser Zeit, nach Abzug der Recidive 1892 Kranke, und überhaupt gestorben 447 Kranke. Es sind hiernach beinahe 5 Procent aller Todesfälle dem Selbstmorde zuzuschreiben.

In der Anstalt bei Halle starben von 1844—1864 604 Kr., davon 10 durch Selbstmord, d. h. 1,7 %.

In Illenau kamen von 1842—1862 auf 547 Todesfälle 16 Selbstmorde, d. h. 3%.

In Würzburg waren in 26 Jahren unter 78 Gestorbenen 5 Selbstmörder, also über 6 %; aber dies war in der Zeit von 1798—1824.

Von den 22 Selbstmorden in Sachsenberg kamen 15 auf die Monate April bis September, 7 auf Oktober bis März.

In den Morgen- und Vormittagsstunden tödteten sich 9, in den Nachmittagsstunden 8, während der Nacht 5 Kranke.

Die Todesart war: Erhängen 10mal, Ertränken 8mal. Ein Patient sprang zum Fenster hinaus, einer tödtete sich durch Sturz von einem Baum, einer durch einen Schnitt in den Hals, einer liess sich vom Eisenbahnzuge überfahren.

Es standen im Alter von	20—30	Jahren	5 Kranke
	30—40	„	9 „
	40—50	„	5 „
	50—60	„	1 Kranker
	60—70	„	2 Kranke.

Verheirathet waren 12, geschieden 1, unverheirathet 9.

Erbliche Anlage zu Geistesstörung war nachweisbar in 10, nicht vorhanden in 10, nicht zu ermitteln in 2 Fällen.

An primärer Melancholie	litten	14	Kr.
„ Melancholie nach Manie . .	„	2	„
„ Wahnsinn, Verfolgungswahn .	„	3	„
„ sekundärem Blödsinn	„	2	„
„ Epilepsie mit Schwachsinn . . .	„	1	„

In 19 Fällen waren Selbstmordversuche oder Aeusserungen von Lebensüberdruss der That vorangegangen, nur in 3 Fällen war sie unerwartet.

Hallucinationen des Gehörs sind in 7 Fällen nachzuweisen, in mehren andern zu vermuthen. In einem Falle scheinen sie direkt die That veranlasst zu haben.

Die Frage, ob nicht durch bessere Aufsicht der Selbstmord in einem und anderem Falle zu verhüten war, muss nach Ansicht des Vf. bejaht werden. In einzelnen Fällen fehlte es an der bestimmten ärztlichen Anordnung, dass stets ein Wärter bei dem Kranken sein sollte. In anderen Fällen war eine grössere oder geringere Nachlässigkeit des Wartpersonals vorhanden.

Wieder in andern möchte mit Recht bezweifelt werden, dass Isolirung und Zwangsmitel zweckmässig waren. Neben der für den einzelnen Fall passenden medizinischen Behandlung sind fortdauernde Ueberwachung und *möglichst geringe Beschränkung* sicher am meisten zu empfehlen, dagegen Isolirung, zumal während der Nacht oder bei gleichzeitiger Zwangsjacke, durchaus zu verwerfen. Dass auch bei sorgsamer Ueberwachung und willigem Wartpersonal nicht alle Selbsttödtungen verhütet werden können, bedarf nicht der Erwähnung.

Die wiederholt als spezifisch gegen „unruhige Melancholie“ empfohlenen Mittel, wie Opium, Cannab. indic., prolongirte Bäder hat Vf. nicht bewährt gefunden. Die subkutanen Morphium-Injectionen halfen nur vorübergehend in wenigen Fällen. Vf. sah bei Anwendung des Opiums, das merkwürdig gut vertragen wurde, nicht einen schnelleren und günstigeren Verlauf der Melancholien, als bei expektativer Behandluug.

Pathologische Veränderungen des Gehirns und seiner Häute fanden sich in 10 von 17 Sectionen; in 4 Fällen wird das Gehirn nur blutreich genannt; in 3 F. ist nichts Abnormes gefunden. Bei einem epileptischen Selbstmörder Verwachsung der Thalami optici. Hypertrophie des Herzens in 4 Fällen. Abnorme Lage des Colon transvers. in 2 Fällen. Ausgebreitete chronische Darmhyperämie fand sich 4mal. Chronische Entzündung des Duodenum und des Rectum schien in einem Falle von wesentlichem Einflusse auf die Art der Wahnideen.

(Ref. empfiehlt den Lesern d. Blattes die Einsicht der obiger Abhandlung beigefügten 22 Krankheitsgeschichten nebst Sectionsbericht.)

Ueber hereditäre Seelenstörung.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1867. 1. u. 2. H. p. 206.)

Dr. *Grainger Steward* benutzte zu seinen Untersuchungen über Heredität das Material der Anstalt zu Crichton während 24 Jahren, im Ganzen 901 Krankheitsfälle. Unter diesen fanden sich 447 Kr. (49,1%) bei welchen nächste Verwandte, bis zum Geschwisterkind herab, seelengestört waren oder auffallende Excentricitäten darboten; darunter waren wieder 181, wo nur ein Glied der Familie geisteskrank war, 266, wo es mehrere waren.

49 Mal (5,43%) fanden sich andere nervöse prädisponirende Krankheiten vor; 245 Mal fehlte jegliche hereditäre Disposition, in 160 Fällen konnte über etwaige Heredität nichts ermittelt werden Von den 447 hereditär disponirten waren 215, wo Vater, Mutter oder Grosseltern, 143, wo Brüder oder Schwestern, 34, wo Oncle oder Tante, 18, wo Geschwisterkinder, 37, wo entferntere Verwandte seelengestört waren. Entgegen der Erfahrung *Esquirol*'s und *Baillarger*'s, dass das Irresein der Mutter mehr die Nachkommen disponire, als das des Vaters, berechnet *G.* die hereditäre Disposition von der Mutter her nur mit 7,5%, vom Vater her dagegen mit 9,1%. Das Irresein des Vaters gefährdet mehr die Söhne als die Töchter (9,4% : 8,7%), das der Mutter mehr die Töchter, als die Söhne (8,1% : 7,1%). Hereditär disponirte Weiber verfallen leichter in Irresein (51,05%), als Männer mit erblicher Anlage (48,56%). Der hereditär Disponirte erkrankt in früheren Jahren, als der nicht hereditär Disponirte. Recidive sind viel häufiger. Von 78 während 20 Jahren in Crichton Wiederaufgenommenen zeigten 51 erbliche Anlage.

Der Procentsatz der Genesung ist bei hereditärer Disposition grösser (39,6%), als bei fehlender erblicher Anlage (32,2%).

Die Lebensdauer ist bei hereditärem Irresein eine kürzere (30–60 J.), während bei Irren überhaupt der Tod zwischen dem 40–70. J eintritt.

Familiäre Disposition zum Selbstmord. Fälle.

1. M. Anstreicher, 40 J. alt, schweigsamen Charakters, stürzt sich nach wiederholten Selbstmordversuchen aus dem dritten Stock und bleibt

auf der Stelle todt. Sein zweiter Sohn, auch düstern Charakters und eifersüchtig, durch das Spiel ruinirt, erdrosselt sich in seiner Werkstatt. Der dritte stürzt sich aus dem Fenster in den Garten, ohne Schaden zu leiden. Ein leiblicher Vetter, der Täuschungen erlitten, ertränkt sich. Ein Bruder neigt zu Melancholie. Die einzige Schwester scheint frei von der Disposition. (*Falret*).

2. Ein Mädchen hatte sich dreimal in's Wasser gestürzt; ihre Schwester hatte sich vor drei Jahren ertränkt; die Mutter und eine Enkelin waren in der Salpêtrière, die Grossmutter in Charenton, alle wegen Neigung zum Selbstmord. (*Falret.*)

3. Zwei Zwillingsbrüder, die sich ungemein ähnlich waren, hatten mit Ehren als Offiziere den amerikanischen Freiheitskrieg mitgemacht. Nach demselben wohnten sie in der Nähe von Greenfield. Der eine schiesst sich, aus einer Gesellschaft kommend, durch den Kopf, der andere schneidet sich wenige Tage später die Kehle durch. Die Mutter ist geisteskrank, zwei Schwestern zum Selbstmord geneigt.

(*Rush*).

4. Von sechs Söhnen eines reichen Kaufmannes wurde der jüngste melancholisch und stürzte sich vom Dache herab. Der zweite verhungert sich, nach verschiedenen anderen Versuchen. Der vierte, Arzt, unterliegt nach langem Kampfe mit sich selbst. Eine Schwester macht häufige Versuche. Der letzte würde ohne die aufopfernde Vorsicht seiner Frau seine Versuche erneuert haben. (*Esquirol.*)

5. Sieben Kinder theilen sich in eine Erbschaft von 2 Millionen; alle werden noch reicher; Nichts scheint ihnen zu fehlen. Alle entleiben sich zwischen dem 30.—40. Lebensalter.

Gall, der dieses mittheilt, erwähnt noch einer anderen Familie; die Grossmutter, die Mutter, eine Tochter und ein Sohn brachten sich ums Leben. Die Tochter's-Töchter waren nahe daran sich zu entleiben.

(*Morel*).

6. M. hatte sich vor einigen Jahren entleibt. Einige Monate später erdrosselt sich der älteste Sohn. Das letzte Mitglied der Familie vergiftet sich, nach einem Versuche im Januar, im September desselben Jahres. (Ann. méd. psychol.)

Es ist bekannt, dass in Familien, in denen Irresein vorkommt, die Neigung zum Selbstmord sehr häufig ist. Vergl. *Damerow*, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1865, 3. Heft p. 236.

Literatur.

Illenauer Wochenblatt. Nro 1 dieses neuen irrenärztlichen Blattes, welches wöchentlich einmal ausgegeben wird, erschien am 6. Juli d. J.

Sein Inhalt wird bestehen aus:

1 Originalmittheilungen, mit Bezug auf das Anstaltsleben, aus der Geschichte der Anstalten, aus dem Gebiet der Wohlthätigkeit, ferner Erzählungen, Parabeln etc.

2 Verordnungen und Wünschen, die das Anstaltsleben betreffen; Anfragen und Bekanntmachungen.

3. Anstaltschronik, also Mittheilungen über wichtige Vorfälle, neue Einrichtungen, Fremdenbesuche, Concerte, Theater, Feste, so wie statistische Mittheilungen über das Illenauer Leben, über die ökonomischen und finanziellen Verhältnisse.

Preis halbjährig in Baden mit Postzuschlag 54 Kreuzer. Bestellungen bei allen Postanstalten, in Karlsruhe bei Chr. Fr. Müller's Hofbuchhandlung.

Verbrechen und Wahnsinn. Ein Beitrag zur Diagnostik zweifelhafter Seelenstörungen für Aerzte, Psychologen und Richter von Dr. *A. Solbrig*, o. ö. Professor der Psychiatrie und dirigirender Arzt der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt in München. München, 1867. Literarisch-artistische Anstalt der *J. G. Cotta*'schen Buchhandlung.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 9. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Einige Erfahrungen und Bemerkungen über das zwangslose Verfahren und Irrenkolonien. Todesfälle bei den Irren. Literatur.

Einige Erfahrungen und Bemerkungen über das zwangslose Verfahren und Irrenkolonien.

Von Dr. Koster.

Beide in der Ueberschrift genannte Systeme bewegen seit Jahr und Tag die irrenärztliche Welt; fügt man als drittes die Frage über Irrenkliniken hinzu, so hat man die drei Kardinalpunkte, um welche die *praktische* Irrenheilkunde in den letzten Jahren sich drehte, wenn man zu letzterer nicht die spezielle Baukunde betr. Irrenanstalten rechnen will.

Es ist wohl kaum ein System, welches in Deutschland im Anfang so allgemeinen Widerspruch fand und dennoch in verhältnissmässig kurzer Zeit so sehr an Terrain gewonnen hat, wie die zwangslose, sagen wir bis jetzt noch die möglichst zwangslose Behandlung Geisteskranker. Ich kenne Irrenärzte welche vor 6—8 Jahren sehr wenig von dieser Behandlung wissen wollten, welche heute treue und eifrige Anhänger und Apostel derselben geworden sind, und in diesem Augenblicke ist wohl Niemand mehr, welcher diese Methode verwirft und sie nicht mit

allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln durchzuführen sucht. — Einen ähnlichen Verlauf wird die Geschichte der Irrenkolonien und der Irrenkliniken nehmen, die bis jetzt noch einen ziemlich starken Widerspruch erfahren. Man würde sich sehr täuschen, wollte man die drei genannten Systeme Fragen der neuesten Zeit nennen. Ich bin zwar weit entfernt, den Irrenärzten der Gegenwart, einem *Conolly*, und denjenigen unserer deutschen Kollegen, — ich nenne hier ihre bekannten Namen nicht, welche sich um die Verbreitung und Durchführung der zwangslosen Behandlung Verdienste erworben haben, — diese streitig zu machen, es lässt sich aber nicht leugnen, dass die Reaction gegen Zwangsapparate aller Art schon früh begonnen hat. Bemühte man sich noch im Anfang des Jahrhunderts Apparate für die verschiedensten Vorkommnisse zu erfinden, so wurde ihre Zahl in den zwanziger, dreissiger Jahren schon erheblich vermindert. Wir finden aus dieser Zeit für das alte Marsberger Landeshospital schon Vorschriften, und zwar Seitens der Behörde, in welchen die Zahl jener Apparate auf ein gewisses Maass reducirt war. In den vierziger Jahren war dann nur noch die Jacke und der Stuhl allgemein im Gebrauch, als das *Conolly*'sche Werk auch diesen einen solchen Stoss versetzte, dass der Stuhl wohl ganz, die Jacke *fast* ganz verschwunden sein dürfte. Viel trug und trägt jedoch auch bei zur festern Begründung der Methode, die neuere psychiatrische Bautechnik, die uns zweckmässigere, geräumigere, freundlichere, mit allem Komfort versehene Asyle zu schaffen und namentlich auch die hinreichende Zahl gut eingerichteter Isolirräume zu bauen gelehrt hat. Wo noch mit alten, mit Kalk oder schlechten Bretterwänden bekleideten Zellen, morschen Fussböden u. s. w. gewirthschaftet werden muss, da lässt sich ohne die grössten Unzukömmlichkeiten nicht ohne Jacke fertig werden. In Marsberg, welches in seinen Gebäuden Denkmale aus allen Zeiten des laufenden Jahrhunderts bis auf diesen Tag trägt, in welchem wir eine neue Isolirabtheilung für Frauen bauen, während die alten aus den 40ger, die ältern aus den 20ger Jahren und die ältesten aus dem Anfange des Jahrhunderts stammen, können wir sehr den Einfluss beobachten, den die Räume auf die Durchführung der zwanglosen Methode ausüben. — Während wir in der ältesten und ältern Isolirabtheilung aus den 20ger Jahren den Stuhl nur mit äusserster Mühe und Sorgfalt, die Jacke aber noch nicht entbehren können, vermögen wir dies in weit höherem Grade in der Abtheilung aus den 40ger

Jahren und hoffen es in der neuesten, im Bau begriffenen Abtheilung vollständig zu können, d. h. so weit zu können, als es sich überhaupt mit dem Wohle der Kranken verträgt. Die Meinungen und Ansichten werden sich nämlich wohl soweit über diesen Gegenstand abgeklärt haben, dass es das Kind mit dem Bade ausschütten hiesse, wollte *man unter allen Umständen* jegliche Beschränkung eines Kranken verwerfen. Ich denke hier nicht nur an chirurgische Fälle, sondern auch an solche, in denen man es mit einem sehr erregten, dabei äusserst geschwächten und verwirrten Kranken zu schaffen hat, der sich durch fortwährende Agitation herunter bringt, nicht zu Bett bleibt und sich der Gefahr lebensgefährlicher Erkrankung aussetzt. Meine Erfahrungen reichen auch noch nicht hin, um behaupten zu können, dass bei einzelnen eingefleischten Kothschmierern und Kothessern ein (wohlthätiger?) Zwang überhaupt stets entbehrt werden könnte. Bei einigen blossen Kothschmierern ist es uns in überraschender Weise gelungen, durch Sorgfalt, grösste Achtsamkeit und individualisirende Behandlung das Ziel zu erreichen, bei andern zugleich Kothessern bis jetzt noch nicht. Man wird mir von der extremen Partei der no restrainer zurufen, Bewachung! äusserste Bewachung ist nothwendig; allein ich weiss nicht, wie man diese auch Nachts und bei raffinirter Täuschung des Wartpersonals von Seiten des Kranken durchzuführen vermag. Wir wenigstens vermochten es bis jetzt noch nicht, und man hat sich daher über die Frage zu entscheiden, ist es humaner, ist es dem Kranken wohlthätiger, ihn frei zu lassen, um sich jenem Trieb, der seine Gesundheit gefährdet, überlassen zu können, oder ist es zweckmässig, ihn durch einen, oft geringen Zwang (Handschuhe) daran zu hindern. Ich muss gestehen, dass ich mich zu letzterer Ansicht neige.

Eine eigenthümliche Erfahrung machten wir bei einem 18jährigen Mädchen, welches seit dem 5. Lebensjahre nach einem Typhus schwachsinnig geblieben war, so dass sie nichts lernte, als Kartoffelschälen, dabei sich ruhig verhielt, bis sie vom Herbst 1864 bis November 1865 zehnmal unter Drohungen genothzüchtigt wurde, wonach sie in eine periodisch eintretende Aufregung verfiel, so dass sie der Anstalt übergeben werden musste. Dies Mädchen leidet an einer Paralys. agitans höhern Grades und solcher Neigung, alle Kleidungsstücke bis auf Schuhe und Hemd zu zerreissen, dass sie bis in die neueste Zeit durch die zeitweise angelegte Jacke verhindert werden musste. Sofort nach Anlegung trat

in der Regel ein sehr beruhigter Zustand ein, in welchem die Kranke auch durch Beissen nichts mehr zerstörte und einen beruhigten und befriedigten Gesichtsausdruck annahm. — Die Aermel der Jacke konnten ihr dann auch die meiste Zeit aufgestreift werden, so dass die Hände frei waren, und von eigentlichem Zwange nicht mehr die Rede war, da die Kranke alles, wozu sie überhaupt im Stande, vornehmen konnte; nur musste sie die Jacke anhaben. — Bei ihr also wurde auch versucht, die Jacke zu entfernen, und es gelang, die Kranke vom Zerreissen abzuhalten durch einen von äusserst starkem Drillzeug gefertigten talarartigen Kittel, statt des gewöhnlichen Kleides, Schuhe mit Schlössern, Entfernung der Strümpfe, die sofort zerrissen wurden, allein das Mädchen gerieth nach Entfernung der Jacke in eine permanente Aufregung, sie zerriss die Kleider der andern, zerriss das im Zimmer befindliche Arbeitsmaterial, zerstörte die Wände, warf das Essen in die Stube, griff in den Sand und streute sich ihn auf den Kopf, beschmutzte sich über und über und beschmierte sich mit Koth in grauenhafter Weise, Nachts und über Tag, Dinge, die sie alle vorher nicht gethan, und die sie mit einer grossen Absichtlichkeit that; sie freute sich, lachte, wenn sie es gethan. Alle hiergegen angewandte Mittel, Bäder, Vorhaltungen, disciplinarische Maassregeln, nutzten Nichts, die Kranke rief stets nach der Jacke, — Jacke, Jacke! — die sie wieder verlangte. — Es lässt sich schwer beschreiben, in welcher Weise dies blödsinnige Mädchen alle unsere psychiatrische Praktik zu Schanden machte und die Geduld und Ausdauer der Wärterinnen erschöpfte. Einestheils die Unmöglichkeit, das Verhalten der Kranken zu ordnen, anderntheils die Aussicht, die Kranke in diesem Fall wirklich zu beruhigen, liessen mich, nachdem die Versuche etwa 14 Tage lang fortgesetzt waren, zur Anwendung der Jacke wieder zurückgreifen. Der Erfolg war indess nicht der gehoffte; die Kranke, die ausserdem fast nie von ihrem Platze sich bewegte und wegen der Unsicherheit ihrer Bewegungen geführt werden musste, stürzte sich nun triebartig und mit grosser Eile auf andere Kranke, suchte sie zu beissen, und es gelang ihr auch in einem unbewachten Augenblicke, einer andern blödsinnigen Kranken in die Nase zu beissen. Wurde sie isolirt, so verunreinigte sie sich in grossartiger Weise mit Koth und wälzte sich darin, indem sie aller Achtsamkeit in dieser Hinsicht spottete, Stuhl und Urin so lange zurückhielt, bis sie ihren Zweck erreichte. In diesem verschlimmerten Zustande, der uns

mit einiger Sehnsucht an die längst bei Seite gesetzte Panacé, den frühern deutschen Zwangstuhl zurückdenken lässt, verharrt die Kranke noch gegenwärtig; sie wird sich wahrscheinlich nur allmälig dem frühern bessern Zustande zuführen lassen.

Eine ähnliche Erfahrung machten wir bei einer Kothesserin, die jahrelang ihrer Neigung wegen in einem geeigneten Zwang gehalten worden war, und die nun ohne diesen behandelt wurde. Auch hier fruchtete bis jetzt weder die äusserste Bewachung, stetes Hinführen zum Abtritt, noch Disciplinarmassregeln der verschiedensten Art. Während die Wärterin sie beobachtete, wusste sie mit grosser Schnelligkeit den Koth zu lassen, sich damit vollzuschmieren und denselben zum Munde zu führen, nachdem sie, kurz vorher auf den Abtritt geführt, erklärt hatte, kein Bedürfniss zu haben, oder auch in Folge disciplinarischer Massregeln versprochen hatte, sich rein zu halten.

In allen übrigen Fällen wird, wie oben schon angedeutet, der Zweck dort erreicht werden, wo zweckmässig eingerichtete Zellen und Badevorrichtungen gegeben sind. Sehr gute Dienste thut uns jenes talarartige Kleid von sehr starkem Drill, welches, so lange es nicht abgerieben und mehrmals gewaschen, durch die stärkste Mannskraft nicht zu zerreissen ist, und dessen Nähte so angefertigt werden müssen, dass der Faden für den Kranken nicht zugänglich ist; dasselbe ist nur am Rückentheil offen und daselbst mit einem Schlösschen zusammengehalten; ausserdem werden die Schuhe mit Schlösschen versehen und an den Rändern mit doppeltem Leder eingenäht. Kranke welche die Betttücher zerstören, erhalten statt derselben einen stark leinenen, ebenfalls vorsichtig, öfter mit Pechdraht genähten Ueberzug über die Decken, der nur in Ausnahmsfällen zerstört wird.

Was die Irrenkolonien betrifft, so werden sie überall, wie der no restraint, entgegenstehender theoretischer Ansichten ungeachtet, sich allmälig Eingang verschaffen und immer mehr Anhänger gewinnen, ebenfalls jedoch modificirt durch die gegebenen Verhältnisse, die das System mehr oder weniger rasch, mehr oder weniger vollständig und mit besondern Eigenthümlichkeiten hier und da zum Durchbruch werden kommen lassen.

In Marsberg sind schon sehr früh die Anfänge Dessen gemacht worden, was man als Kolonie bezeichnen kann, d. h. es wurden schon in 30ger Jahren Kranke in dem hiesigen unmittelbar an der Anstalt

gelegenen Landstädtchen untergebracht und verpflegt. Später, in den 50ger Jahren bis in die neueste Zeit, hauptsächlich in Folge des grossen Raummangels, vor Eröffnung der 2. Westfälischen Irren-Anstalt, wurden ebenfalls mit gutem Erfolge Kranke bei verschiedenen mit der Anstalt in näheren Verhältnissen stehenden Einwohnern verpflegt. Eine Ackerbaukolonie im Sinne von Einum, Clermont etc. war schon vor mehreren Jahren projektirt, hauptsächlich desshalb, weil auf dem gegenwärtigen Anstaltsterrain ausreichende Gebäude für die erheblich erweiterte und namentlich in den letzten Jahren schwunghafter betriebene Landwirthschaft sich nicht herstellen lassen. Die Verzögerung ist bedingt durch Verhältnisse, die nicht in der Gewalt der Anstaltsverwaltung und der vorgesetzten Behörden liegen, die Realisirung des Planes ist jedoch in den nächsten 2—3 Jahren mit Sicherheit in Aussicht zu nehmen.

Todesfälle bei den Irren.

(Dr. *Berthier*, Journ. de Méd. Ment. 1865, Juny.)

„Nennt mir die Zahl Eurer Zellen, so werde ich Euch sagen, was Ihr werth seid.“ Diesem früher ausgesprochenen Satze fügen wir folgenden hinzu: „Nennt mir Eure Ziffer der Sterblichkeit, so kenne ich Eure Verpflegung.“

Um das zu unterstützen, sind Beweise im Ueberfluss, materielle und moralische. Woran stirbt im Allgemeinen der Geisteskranke? An Gehirnerweicung, atonischem Durchfall, Lungenschwindsucht, latenter Pneumonie, Herzhypertrophie, allmäliger Erschöpfung. Der Mangel an Nervenreiz, die Verminderung der Sensibilität, das Vergessen der Gefahr, sind ebenso viele Ursachen, welche die Entwicklung jener Erkrankungen begünstigen oder beschleunigen In diesen Fällen nun, wo die Natur wenig thut, von welcher Wichtigkeit ist es da nicht, dass die Kunst ihr zu Hülfe komme, sei es, um eine glückliche Lösung zu fördern, eine fatale Entwickelung zu verschieben, oder die Verheerungen der immer chronischen und oft unheilbaren Leiden zu mässigen? Je weger der Organismus fähig ist, sich selbst zu helfen, um so mehr wird eine geeignete Verpflegung nöthig. Es handelt sich hier nicht nur um

pharmaceutische Mittel allein; unter geeigneter Pflege hat man die Summe aller kleinen und grossen Hilfsmitteln zu verstehen, auch und namentlich die, welche die Liebe an die Hand gibt.

Die Dienstleistungen bei dem Kranken vervielfachen, ihm Trost zusprechen, für die Befriedigung seiner geringsten Bedürfnisse sorgen, ihn vor schädlichen Einflüssen schützen — heisst sein Leiden erleichtern, seinen Muth erheben, seine Kräfte erhalten, sein Leben verlängern und hierdurch die Durchschnittssumme der Todesfälle vermindern, welche sich ergibt aus der Summe der jährlich vorkommenden Fälle.

Ausserdem lehrt uns die Erfahrung, dass die Todtenlisten nach allen Beobachtungen kleiner werden in dem Maasse, als die Anstalten sich verbessern, als ihre Hülfsmittel sich vermehren, und die Art der Behandlung sich vervollkommnet. Auxerre hatte eine schlechte Anstalt, wo jedes Jahr ein Todesfall auf 10 Kranke kam.

Im Jahre 1857 war in der neuen Anstalt die Sterblichkeit nur 1: 17. *Chambéry* hatte in Batton ein wahres Pandämonium, wo die Bevölkerung decimirt wurde. Zu Bassens sterben jetzt nur 3 oder 4 von hundert. Zu Madeleine de Boury, wo nur 350 Pensionäre waren, erreichte ehemals die durchschnittliche Sterblichkeit die Chiffre 50. Seit der neuen Organisation hat sie sich auf 40 vermindert, obgleich die Bevölkerung die Ziffer von 520 erreicht hat. Bordeaux, Toulouse, Grenoble, Avignon, Lille Bourges, la Charité, Montauban, Marseille, wo gut verwaltete Anstalten existiren, liefern annähernd dieselben Resultate. Mangel an Salubrität, Stauung, Verderbniss der Luft, erklären allein die Epidemien von Augen- und Darm-Entzündung, von Katarrhen, Pellagra u. s. w., welche unsere alten Depots entvölkern?

Aus den vorhergehenden Betrachtungen ergeben sich natürlich die zu befolgenden Vorschriften. Die Gesundheitslehre ist ganz besonders zu berücksichtigen. Zu jeder Minute des Tages, bei jeder Handlung und Massregel ist jede Vorsicht nützlich. Der Kranke steht auf: man hat ihn vor Erkältung zu schützen. Der Jahreszeit entsprechend müssen die Kleider eher warm, als zu leicht sein. Der Kopf, welcher Kongestionen ausgesetzt ist, muss im Allgemeinen leicht bedeckt sein. Man muss häufig die Füsse waschen, um die langsame Cirkulation der inneren Theile zu erleichtern. Die Fussbekleidung verdient in dieser Hinsicht eine grosse Aufmerksamkeit. Gewisse Unruhige sind immer in

blossen Füssen; man wird ihnen Stiefelchen mit einem Vorhängeschloss anziehen.

Nichts ist ferner so heilsam, als die Reinlichkeit des Leibes. Nach einer tüchtigen Waschung und in einer anständigen Toilette ist der Kranke munterer, der Humor besser, die Ideen klarer. Die Zähne sind nicht zu vernachlässigen. Bei Blutmangel oder Chlorose wird das bei den Melancholischen und Blödsinnigen weiche und blasse Zahnfleisch leicht schwammig. Durch öfteres sanftes Bürsten und Ausspülen des Mundes verhütet man den Skorbut. Die Reinheit der Hände ist ein Appell an die Würde, nicht ohne Einfluss auf die Moral Man muss die Nägel kurz halten, und wäre es auch nur, damit sie nicht als Waffen dienen.

Die Gewohnheit, unsere zweite Natur, zeigt, was nöthig ist. Man wird sie auch betreffs der Garderobe berücksichtigen. Der bene moratus venter, sagt *Seneca*, ist einer der Grundsätze der menschlichen Freiheit. Bei den Geisteskranken wechseln erschöpfende Diarrhöen mit Verstopfung, Folge von Trägheit der Gedärme. Die tägliche Stuhlentleerung, für welche man den Morgen wählt, kommt diesen Unannehmlichkeiten zuvor; sie ermöglicht ferner, wenn dieses Geschäft von Allen zu gleicher Zeit abgemacht wird, eine genauere Ueberwachung aller Kranken, welchen so die Veranlassung zu allen traurigen Mannövern genommen wird.

Nüchtern wankt der Körper, der Magen ist den Miasmen zugänglicher. Die erste Mahlzeit muss mässig sein und gut ist es, sie vor dem Ausgehen in's Freie einzunehmen. Das Mittagessen ist reichlich, denn die Mitte des Tages trägt das grösste Gewicht der Arbeit. Bei dem Abendbrod ist Rücksicht auf den Schlaf nöthig, welcher besser ist bei leichterer Verdauung und einer wenig substantiellen Nahrung. Das Fleisch muss gleichwohl bei der Nahrung der Paralytiker vorherrschen. Es tonisirt den Darmkanal und verhütet unfreiwillige Entleerungen.

Da diese Kranken wenig kauen, sondern gierig verschlingen, so bleiben die Bissen oft im Schlunde stecken und komprimiren, wenn sie nicht herunter gehen, die Luftwege.

Wenn nun die Lähmung vorgerückt ist, so muss man, um Erstickung zu verhüten, das Fleisch gut schneiden, oder gehacktes Fleisch geben und immer gegen Zufälle auf der Hut sein.

Da im Allgemeinen die Nervenkraft bei den Irren leidet, so ist

natürlich eine kräftige Nahrung angezeigt; gutes Fleisch in hinreichender Menge, Gemüse und Obst; als Getränk eine Mischung von Wasser und Wein.

Chronische Zustände, welche zu bedenklichen Diarrhöen disponiren, motiviren einige Abweichungen von dieser Regel. Kleine Quantitäten Weines von Zeit zu Zeit können — die ärztlichen Verordnungen in akuten Zufällen vorbehalten, — den Verdauungskanal wieder stärken, und man erkennt die Sympathie dieses Organs mit dem Gehirne. Man wird dagegen die Speisen ausschliessen, welche die Darmfunctionen stören können: Mehlspeisen, Saucen, Ragouts, Blähendes, Wildpret, Schweinefleisch u. s. w. Nach der Mahlzeit eine Stunde Ruhe erleichtert die Thätigkeit des Magens. Etwas viel Bewegung kann bei zarten Naturen Erbrechen hervorrufen. Aber gewisse Neigungen erfordern die äusserste Ueberwachung. Einige ducken sich in einen Winkel, um sich der Onanie zu überlassen; andere legen sich platt mit dem Bauche auf den Boden, kauern auf der Seite nieder, knieen nachlässig gekleidet auf Steinen mit blossem Kopfe, bei Regen oder Sonnenschein; Viele essen Abfälle oder sammeln Schmutz, den sie in die Taschen füllen, in den Mund und die Nasenlöcher u. s. w. stecken. Alles dieses verhindern, heisst einem Theil der Leiden zuvorkommen, mit denen das Irresein eine so unglückliche Verbindung eingeht. Tabes dorsalis, Katarrhe, Pleuritis, heimliche Lungenentzündung, Magendarmkrämpfe, Rheumatismus, Oedem u. s. w. Man wird also die Kranken in den Erholungszeiten sich auf einen Stuhl setzen oder spazieren gehen lassen. Sie dürfen nicht sich selbst überlassen der rauhen Luft ausgesetzt sein ohne Hut, in offenen Kleidern, noch sich im Koth wälzen. *) Lange Promenaden sind etwas Gutes, wenn sie möglich sind. Es ist nicht zu viel, sie vier oder fünfmal die Woche zu wiederholen. Unsere Schwestern haben jedesmal ungewöhnliche Aufregung bemerkt, wenn die Temperatur mehrere Tage nach einander jeden Ausgang verhinderte. Man hat beobachtet, sagt *Daquin*, dass die horizontale Lage des Körpers den Wahnsinnigen schädlich ist, noch mehr den Wüthenden. Man muss sie aufrecht stehen lassen, sie selbst dazu nöthigen, um die Fülle und Span-

*) Vf. scheint schlechte Anstalten im Auge zu haben; sonst wären seine Bemerkungen überflüssig. (Red.)

nung der Hirn-Gefässe zu vermindern und dadurch neue Erregungen in diesem Organe zu verhindern. Man muss sie folglich umher gehen lassen, sofern als es ihnen ihr Zustand erlaubt. Ohne diese Vorschrift zu verwerfen, findet sie *Guislain* zu absolut. Gewisse Lypemanische verlangen seiner Ansicht nach die horizontale Rückenlage.

Bedeutende Irrenärzte, z. B. *Morel*, billigen die Ausnahme, und wir theilen ihre Meinung. Entschiedene Anhänger der Bewegung bei Manischen und Monomanischen, deren Unruhe, ähnlich dem Dampf eines Kessels eine überflüssige Thatkraft verräth, sind wir geneigt die stupide und hypochondrische Abspannung in manchen Fällen als den Ausdruck des Bedürfnisses nach Ruhe zu betrachten. Irgendwelche Ruhetage sind für die Oekonomie des Körpers nöthig, damit er Athem schöpfen kann. Das nimmt dem Mittel nichts von seiner Vortrefflichkeit. Exceptio firmat. regulam Reiten, Fahren, Schwimmen haben ebenfalls ihre Vortheile.

Was die Arbeit betrifft, dieses köstliche Hilfsmittel, deren Indikationen, Maass und Art wir schon früher hier besprochen haben, so wiederholen wir, dass sie den Kräften, dem Temperament, dem natürlichen Geschick und dem Geschmack angepasst sein muss. Ihre grösste Dauer wird sieben Stunden nicht überschreiten. Auf den Feldern, in den Werkstätten, bei der Rückkehr wird man Sorge tragen, dass der Irre sich vor jeder Unbesonnenheit fern halte, sich nicht der Zugluft aussetze, sich der Witterung gemäss kleide, dass er nicht im Schweisse, im kühlen Schatten ausruhe oder aus einer kalten Quelle trinke.

Bei dieser pünktlichen Vorsicht werden üble Zufälle selten sein. Gefahr würde diejenigen mehr bedrohen, welche eine sitzende Lebensweise führen, welche durch den Aufenthalt in den warmen Zimmern, den leichtesten Eindrücken höchst zugänglich werden. Bei ihnen ist die Hämatose oft unvollkommen, und jeder Temperaturwechsel zu fürchten. Ihre Zimmer müssen geräumig, gut gelüftet und geschützt sein vor raschem atmosphärischem Wechsel. Ist das Tagewerk vollbracht, die Lektüre beendigt, das Gebet gesprochen, so geht's zum Schlafen. Den Ansichten der Wissenschaft gemäss soll das Bett eher fest als weich sein, am Kopfende eine leicht geneigte Ebene bilden. So fliesst das Blut nicht dem Kopfe zu und nachtheilige Koncentration von Wärme im Gehirn wird verhütet. Unruhige, unlenksame Kranke, welche Nachts aufstehen, muss man anschnallen, zunächst ihretwegen, damit sie sich

nicht verwunden oder erkälten, dann ihrer Nachbarn wegen, welche sie erschrecken oder im Schlafe stören. *)

Sind die Schlafzimmer gesund und bequem eingerichtet, so ist es nicht durchaus nöthig, sie zu heizen.

Die Temperatur erreicht schnell einen Grad, welcher hinreicht in einer Atmosphäre, wo viele Personen vereinigt sind. Ein elastisches Lager, warme und leichte Decken ist das Wesentliche. Man würde nur den geschwächten Kranken eine Wärmflasche geben, die, sicher geschlossen, kaum mehr als lauwarm sein darf für paralytisch Blödsinnige, damit sie sich nicht verbrennen.

Die Schlaflosigkeit ist eine Gefahr für viele Geisteskranke. Sie hängt von einer Menge von Umständen ab, welche man erforschen muss. Causa sublata tollitur effectus. Man kann also nicht, um da vorzubeugen, ein und denselben Weg einschlagen. Bald erreichten wir den Zweck, indem wir Abends etwas Fleisch und Wein gaben, oder die Kranken länger aufsein liessen, ein andermal durch kleine Bewegungen oder ein Voll-Bad. Dieses ist übrigens im Allg. von Nutzen bei träger Transpiration oder habitueller Verstopfung. Nach dem Bade Massirungen und Reibungen mit einem trockenen Leinen oder mit Flanell. Dieses immer wohlthäthige Mittel empfiehlt sich hauptsächlich beim Nachlass der Exaltation, eine gefährliche Periode, wo Entkräftung und Kälte zusammenwirken.

Wenn demnach die Verstopfung fortdauert, so werden einige abführende Pillen von Nutzen sein.

Das ist nicht Alles. Das Irresein stört die Innervation. Bei dem grössten Theil der sich ihm beigesellenden Körperkrankheiten entspricht die Reaction nicht der Intensität des Leidens. Im Verhältnisse zu seiner Verarmung verhindert das Blut, dieser moderator nervorum, die Entwicklung der nöthigen Kraft. Auch sieht man, wie *Girard de Callieux* so richtig bemerkt, ernste Leiden gleichzeitig mit körperlichem Verfall, ohne dass der Patient klagt oder ohne seinem Zustande entsprechende Symptome. Daher die Nothwendigkeit mit der grössten Sorgfalt alle

---

*) Diese Vorschrift gilt nur für grosse Anstalten mit gemeinschaftlichen Schlafsälen; der Restraint kann durch gut geheizte, mit Teppichen belegte etc. Einzelzimmer ersetzt werden. Red.

organischen Functionen zu untersuchen, sobald man bei dem Kranken ein Leiden, eine Veränderung in seinen physiologischen Gewohnheiten sieht.

Die Konstitution unterliegt in der That einer stufenweisen und heimlichen Entkräftung, welche um so gefährlicher ist, als die Kranken keine Kenntniss von ihrer Lage haben. Es steht daher die Therapie bei ihnen wie bei den Kindern oder den Thieren.

Mit Unrecht schreibt *Broussais*, indem er von den Geisteskranken spricht: Die Behandlung der hinzukommenden Krankheiten unterscheidet sich nicht von der, welche die übrigen Menschen nöthig haben. Nicht allein bietet die Diagnostik manchmal unübersteigliche Schwierigkeiten, sondern oft variiren auch Angabe der Symptome, und mehr als einmal wechselt die Medikation. Mit Recht lässt man nicht zur Ader und ist mässig mit Blutegeln. Das Blasenpflaster hat seine Gefahren, sei es, dass die Wunde ausartet, oder zum Ausgangspunkt eines bösartigen Erysipelas wird. Man hat nach Brechmitteln Ruptur der Arterien beobachtet, und energische Abführungen sind bei der Schwäche der Verdauungswege zu vermeiden.

Kurz, Hygiene, Pathologie, Therapeutik, die ganze Heilkunde des Geisteskranken hat ihren besonderen Charakter. Diese Wahrheit wurde von vielen unserer Vorgänger verkannt. Daher die Menge der Todesfälle in ihren Listen. Wenn wir uns aber mit ächter Philanthropie jener Wahrheit anschliessen, werden wir das Leben unserer Klienten verlängern und zu der so sehr gewünschten Entleerung der Asyle beitragen, sei es durch grössere Häufigkeit der Heilungen oder durch die mögliche Rücksendung harmlos gewordener Kranken in ihre Familien. *)

Dr. *S.*

---

*) Andere meinen, dass gerade die Verlängerung des Lebens der Irren zu der Ueberfüllung der Asyle beiträgt. Red.

Literatur.

Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurtheilung krankhafter Gemüthszustände für Aerzte, Richter und Vertheidiger von Dr. *v. Krafft-Ebing*, Arzt in Illenau. Erlangen, 1867. Enke

Diese Beiträge enthalten keine neuen Erfahrungen, wie man erwarten sollte; sie sollen vielmehr nur *„ein Material der Prüfung und Läute-„rung für einen in der Civilisation für alle Zeiten hochwichtigen Gegenstand „abgeben und „in magnis voluisse“ Fehler und Lücken entschuldigen.“* (Seite 74.)

Den Zweck der Schrift aus dieser Aeusserung zu erkennen, möchte nicht ganz leicht sein. Es handelt aber die Schrift von der Melancholie, ihren Erscheinungen und Ursachen, ihrer Erkennung, von der Art und Weise, wie diese Krankheit zu gewaltsamen Handlungen führt. Vollständigkeit scheint nicht beabsichtigt. Ein langes Schriftenverzeichniss ist vorausgeschickt.

Die gesonderte Bearbeitung einzelner schwieriger Fragen ist gewiss ein verdienstliches Unternehmen. Selten gehen die Verfasser der umfassenderen Werke so weit auf einzelne Abschnitte ein, als der Leser bei den schwierigeren wünschen möchte. Gesonderte Beobachtungen geben dann den Gegenstand in aller Ausführlichkeit. Die gesonderte Untersuchung eines eng begrenzten Gebietes führt auch gewöhnlich zu neuen Aufklärungen. Bringt eine solche Schrift nichts Neues, keine besondere Ausführlichkeit, so kann ihr noch ein Verdienst zukommen, das nämlich, den Gegenstand besonders klar und scharf darzulegen.

Keines dieser Verdienste kommt der vorliegenden Schrift zu. Sie ist aber doch erwähnenswerth, weil sie die Fehler der gegenwärtigen Auffassung psychischer Verhältnisse in der Medicin so recht grell hervortreten lässt.

Ueberall herrschen die Begriffe der älteren empirischen Psychologie. Diese lehrte die getrennten Geistesvermögen. Eine neuere empirische Psychologie verwarf diese Trennung und lehrte, diese Vermögen seien nur verschiedene Verhältnisse eines einzigen elementaren Vorganges, des Vorstellens. Diese neue Lehre konnte nirgends in sich klar werden, weil sie in der Hauptsache der älteren empirischen Psychologie gleich blieb, weil sie nämlich immer nur Erscheinungen vor sich sah, niemals Ereignisse, oder deutlicher gesprochen — wie man da von einer

Erscheinung spricht, wo man nicht recht weiss, was man vor sich hat, ob Fleisch und Bein, oder ein Gespenst, was beim Berühren in Nichts zerfliesst. So sprach die empirische Psychologie stets mit Recht von Erscheinung, weil sie nirgends das Organ anzugeben weiss, woran der betreffende Vorgang haftet, dessen Thätigkeit er ist. Die Philosophen behaupten nämlich, dies sei unmöglich. Darum schweben alle ihre Begriffe in der Luft. Sie wissen darum von der Vorstellung nichts weiter beizubringen, als dass ihre „innere Erfahrung" besagt, sie sei das Element der psychischen Erscheinungen. Sie können die Vorstellung nicht begreifen. Damit werden denn auch alle Verhältnisse dieses Elementes unbegreiflich, damit kehren, trotz allem Sprechen von den verschiedenen Seiten, Richtungen, Gliederungen der psychischen Vorgänge, überall die alten getrennten Seelenvermögen wieder, nur dass überall die Versicherung nebenherläuft, sie seien eigentlich nur eins und dasselbe.

Unter Vielem mag Einiges aus vorliegender Schrift hervorgehoben werden:

Seite 10 heisst es: Dass »*das Vorstellen und die Triebfedern des* „*Wollens und Handelns wesentlich von dem Fühlen abhängen und bestimmt* „*werden*. Bald darauf ist die Rede *von den getrennten Seelenvermögen.*" Wenn nun das Vorstellen das Element, das „Fühlen" das abgeleitete ist, wie kann das Element von dem Abgeleiteten abhängen?

Die Sache liegt so. Der bewusste Mensch ist immer in einem von 3 verschiedenen Zuständen, entweder in dem der Lust, oder der Unlust, oder der Gleichgültigkeit. Ein jeder dieser Zustände ist unter anderem wesentlich bedingt durch ein gewisses Verhalten des Vorstellens. Man erkennt, man benennt diese Zustände nebst anderem aus dem Verhältniss des Vorstellens. Hat sich der Vorstellungskreis eines Menschen auf ein gewisses Gebiet zusammengezogen (auf das Uebel)', und finden sich dazu noch andere Bedingungen, so nennt man einen solchen Menschen traurig, verstimmt. Das Umgekehrte also von Dem, was der Verfasser sagt, ist richtig. Der Verfasser stellt die Sache auf den Kopf.

Um die Stimmung (Verstimmung) eines Menschen zu erkennen, achte ich auf seine Gedanken, freilich nicht, wie sie sich in seinen Reden, sondern wie sie sich in seinem Benehmen, in seinem Thun und Lassen äussern. Aus dem Benehmen beurtheile ich die Gedanken und mit den Gedanken die Stimmung.

Eine krankhafte Stimmung zu verbergen, ist auf die Dauer ganz

unmöglich. So lange die Stimmung noch ganz verborgen ist, so lange ist sie auch noch nicht sehr krank. Aber eine Stimmung kann sehr krank und doch unbekannt sein. Was niemand sieht ist auch verborgen, wenn es auch am Tage liegt. Solche Fälle sind immer nur dann schwierig zu beurtheilen, wenn kein urtheilsfähiger Mensch den Kranken zur Zeit beobachtet hat. Solche Fälle werden meist dadurch falsch beurtheilt, weil zuviel Werth auf das „Colloquium" gelegt wird. Wodurch wird denn nun der Gedankenkreis eingeengt? Nicht vom Fühlen, sondern von der Verletzung (Störung) des Gehirns. Von dieser Verletzung geht der ganze Zustand des psychischen Schmerzes aus. Von der Kräftigung und Belebung des Gehirns aber geht aus der Zustand der Lust, die Erweiterung des Vorstellens. Das verletzte Gehirn kann nicht mehr so viel leisten, als das gesunde. Seine, nicht blos im Vorstellen bestehenden, Leistungen verengern sich also. So lang nun noch die *Vorstellung* dessen, was früher geleistet wurde und noch geleistet werden sollte, fortbesteht neben der *Wahrnehmung* des Wenigen, was jetzt geleistet wird, so lange besteht ein Widerstreit, eine Verstimmung, welche zu Mancherlei führen kann. Erlischt die Vorstellung dessen, was früher geleistet wurde, so hört die Verstimmung auf; es bleibt nur der Blödsinn.

Ebenso verwirrt fasst der Verfasser das Verhältniss zwischen Vorstellen und Wollen. S. 15 heisst es: „*Das Vorstellen erzwingt sich einen* „*Einfluss auf das Wollen.*" Hier stehen also wieder die getrennten Vermögen neben einander und bekämpfen sich.

Was ist denn das Verhältniss zwischen Vorstellen und Wollen? Das Wollen ist das Hervortreten einer genau nach Zeit, Ort und Umständen bestimmten Vorstellung einer Handlung, vor dieser Handlung selbst. So wie anders bestimmte Vorstellungen von Handlungen zurücktreten, treten unmittelbar die entsprechenden Bewegungen auf, welche die Handlung ausmachen. Die einer Handlung vorhergehende Vorstellung eben dieser Handlung ist das, was das Willkürliche einer Handlung ausmacht.

Es ist nicht nöthig, auf Weiteres einzugehen. Etwa den Verfasser zu fragen, was er sich unter „*Gemeingefühlsempfindungen*" denkt etc.

Die psychologischen Fehler theilt die Schrift mit vielen anderen, aber die schwülstige, wortreiche, halb poëtische Ausdrucksweise des Verfassers lässt sie weit greller hervortreten, als dies bei vielen andern

Schriftstellern der Fall ist. Er hätte nicht übersehen sollen, dass, wer heutzutage gelesen werden will, namentlich über Fragen, welche eine ungewöhnliche Aufmerksamkeit des Lesers erfordern, auch eine mehr als gewöhnliche Aufmerksamkeit auf seine Ausdrucksweise verwenden muss. Wer ferner allgemein verständlich sein will, auch für Juristen, der lerne, sich der Kunstausdrücke, namentlich ihrer ganz unnöthigen, geschmacklosen Häufung enthalten und bestrebe sich, überall die geläufigen Ausdrücke der gebildeten Sprache anzuwenden, wo es nur irgend geht.

Neuwied den 19. Juni 1867.

Dr. *Feld.*

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 10. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Gutachten über den Seelenzustand des Untersuchungs-Gefangenen X. Ueber Melancholie. Zur Diagnose des paralytischen Irreseins. — Literatur.

Gutachten über den Seelenzustand des Untersuchungs-Gefangenen X.

Von Sanitätsrath Dr. Bernay, Stadtphysikus zu Cöln.

Der im Arresthause wegen Mordversuchs seit 13. December v. J. detinirte Tuchweber X., 29 Jahre alt, war bis zum 2. März d. J., abgesehen von einer Schnittwunde am linken Handgelenk, die er sich selbst beigebracht hatte, körperlich und geistig gesund. Das mit einem starken Bart versehene Gesicht hat eine gesunde Farbe und wohlgebildete Züge. Die Form und Bildung des Schädels lassen nichts Regelwidriges erkennen. Der Gang und die Haltung deuteten auf einen muskelkräftigen Körperbau. Die Bewegung der Augen und der Blick zeigten nichts Krankhaftes oder Ungewöhnliches. Die Pupillen beider Augen, von mittlerer Weite, reagiren gleichmässig und gehörig auf den Lichtreiz. Die Zunge wird in gerader Richtung ausgestreckt und lässt keine fibrilläre Zuckungen wahrnehmen Die Respiration, der Puls- und Herzschlag normal. Die Temperatur weder am Kopfe, noch an andern Körpertheilen regelwidrig erhöht. Das Allgemeinbefinden und der Schlaf ungestört. Der Appetit gut, der Stuhlgang geregelt, der Unterleib nicht

aufgetrieben und beim Drucke nirgends schmerzhaft. X. spricht deutlich und ruhig, ohne Mienen- und Gebärdenspiel. Bei der mit ihm wiederholt abgehaltenen Unterredung habe ich keinen Irrwahn und keine das Gleichgewicht der psychischen Functionen störende Exaltation oder Depression entdecken können Sein Verhalten zeigte nichts Auffallendes; er ist ruhig und bescheiden. Das Erinnerungsvermögen gut, der Ideengang geordnet, das Urtheils- und Schlussvermögen seinem Bildungsgrad entsprechend. Ueber die ihm zur Last gelegte That behauptet er keinen Aufschluss geben zu können, indem er vom späten Abend des 6. December v. J., zu welcher Zeit er im trunkenen Zustand an der Wohnung der Wittwe Z. vorbeigekommen war, dort mit den Angehörigen der letztern in Streit gerathen und mit Stockschlägen fortgetrieben worden, bis dahin, dass er sich in der Nacht vom 7. auf den 8. December in dem Arrestlokale zu W. gefunden habe, in einem derart kranken Gemüthszustand gewesen sei, dass er sich seiner Handlungen gar nicht bewusst, und ihm auch jede Erinnerung daran fehle.

Nachdem ich die am 20. Februar d. J. mir zur Einsicht zugegangenen Untersuchungsakten gelesen, erklärte ich dem Gefangenen am 1. März d J., dass seine Behauptung, er könne über die ihm zur Last gelegte That keinen Aufschluss geben, nicht glaubwürdig erscheine. Denn nach den Angaben sämmtlicher Zeugen sei er am 7. December bei vollem Bewusstsein gewesen, und einige Stunden nach der That habe er über letztere mit ihren Einzelheiten und Motiven ein umständliches Bekenntniss abgelegt. Auf diese Aeusserung, die ihn unangenehm zu berühren schien, gab er mir keine Antwort; ich brach daher die Unterredung ab und entfernte mich. Als ich den Beschuldigten am folgenden Tage um halb 11 Uhr im Lazareth besuchte, lag er noch zu Bett mit weit geöffneten Augen und stierem Blick. Meine wiederholten Fragen: wie er sich befinde, ob er über Schmerzen zu klagen habe, ob er zu trinken wünsche, blieben ganz unbeachtet; er sprach nicht und gab auch durch kein Zeichen kund, dass er Etwas wünsche.

Der plötzliche Eintritt dieses Zustandes war um so unerklärlicher, als objektiv wahrnehmbare Krankheitserscheinungen bei ihm nicht vorgefunden wurden Die Respiration ging naturgemäss von Statten, eine erhöhte Temperatur der Haut war nicht vorhanden, die Pupillen, der Puls- und Herzschlag zeigten nichts Regelwidriges; auch war der Gebrauch der Gliedmassen nicht behindert; X. konnte in der Stube, nach-

dem er angekleidet war, was er ohne sich zu widersetzen geschehen liess, gerade wie früher umhergehen. Da auch an den folgenden Tagen das Allgemeinbefinden ungestört blieb, so verlegte ich den Beschuldigten am 6. März aus dem Lazareth in eine Zelle des zweiten Flügels, wo er ungeachtet der in Anwendung gekommenen Heilmittel, Sturzbäder, Haarseil im Nacken, Brechweinstein (drei Gran auf 6 Unzen) noch drei Monate in demselben Zustand verharrte.

So oft ich ihn besuchte, stür te er auf mich zu und bemühte sich, durch die geöffnete Thür auf den Corridor zu gelangen; trat ich ihm entgegen, so stierte er mich an, beantwortete aber keine Frage und schien auch auf das, was ihm gesagt wurde, gar nicht zu achten. Fast täglich beobachtete ich ihn durch die Oeffnung der Beobachtungs-Zellen-Thür. Häufig lag er ungekleidet auf dem Bett, bald ging er mit gesenktem Kopfe in der Zelle auf und ab, bald sass er in sich gekehrt auf dem Stuhl, bald spielte er mit Holzklötzchen oder Leinwandstreifen, die er an verschiedenen Stellen der Zelle befestigte. Um ihn bei Tage und bei Nacht unausgesetzt beobachten zu lassen, verlegte ich ihn am 3. Juni d. J. in das Lazareth. Hier gerieth er in der Nacht vom 5. auf den 6. Juni mit seinen Nebengenossen in Streit, und er verübte solche Gewaltthätigkeiten, dass ihm die Zwangsjacke angelegt wurde.

Am Nachmittage desselben Tages bat er den Lazareth-Aufseher, man möge ihn von der Zwangsjacke befreien, er sei ganz wiederhergestellt. Als ich ihn am folgenden Morgen besuchte, klagte er über Kopfschmerzen, sprach aber ganz verständig und liess von seiner frühern geistigen Depression keine Spur wahrnehmen. Aus seiner Krankheit erinnert er sich angeblich nur noch, dass er mehrere Sturzbäder bekommen habe. Er fühlt sich zur Zeit ganz wohl und besorgt die ihm übertragene Beschäftigung bis jetzt zur völligen Zufriedenheit.

Die geistige Richtung und den Gemüthszustand des Beschuldigten betreffend, so bot die Beobachtung im Arresthause, wo er unter einem unabweislichen Zwange in grosser Gleichförmigkeit und Ruhe, entfernt von aller Aufregung lebte, sehr wenig Haltpunkte dar. Doch liess sich bis zu jenem eigenthümlichen Gemüthszustand konstatiren, dass er im vollen Besitze aller geistigen Fähigkeiten, vollkommen Herr seines Willens war und eine seinen Verhältnissen und seiner Erziehung ganz entsprechende Intelligenz besass. Die Zeugenaussagen, so wie die That, die ihn in Untersuchung brachte, dokumentiren aber bei völliger Grund-

satzlosigkeit in moralischer Beziehung einen heftigen leidenschaftlich aufgeregten Charakter, nicht, ohne eine gewisse Energie, so dass er geneigt erscheint, durch künstliche Aufregung sich den Muth und die Fähigkeit zu verschaffen, die Handlungen zu begehen, zu welchen seine durch keine moralischen Grundsätze beschränkte Leidenschaft ihn antreibt. Und gegen diese aus den Untersuchungsakten sich ergebende Auffassung seines Charakters liegen aus der Beobachtung im Arresthause keine Thatsachen vor. Für seine Angabe, als habe er die ihm zur Last gelegte That in einem abnormen Geisteszustand vollführt, fehlen in den Zeugenaussagen so sehr alle bestimmten Haltpunkte, dass sie vielmehr nach diesen Aussagen als unwahr und bloss zur Bemäntlung vorgeschützt zu bezeichnen sind.

Freilich schien er im Arresthause eine lange Zeit hindurch in einem Zustand von geistiger Störung sich zu befinden. Bedenkt man aber, dass dieser Zustand ohne vorhergegangene körperliche Erkrankung, plötzlich und erst dann hervortrat, als ihm bedeutet worden war, der von ihm vorgeschützte abnorme Geisteszustand verdiene keinen Glauben, und als es ihm von Interesse erscheinen musste, seine Angabe glaubwürdig zu machen; dass ferner sein geistiger Zustand sich unter keine der bekannten Formen von Geistesstörung subsumiren lässt, indem er weder als Blödsinn, als fixer Wahn, noch als geistige Verwirrtheit, noch als Manie oder Melancholie bezeichnet werden kann, sondern als störrisches Beharren in einer und derselben Art der Thätigkeit und des Verhaltens erscheint; dass endlich der geistige Zustand sich ebenso plötzlich und ohne alle nachweisbare psychische Ursache wieder verlor, wie er plötzlich nach dem ausgesprochenen Zweifel betreffs seines abnormen Geisteszustandes eingetreten war, und nachdem eine weitere Fortdauer dieses Zustandes, der nur seine Haft verlängerte, ihm kein Interesse mehr bieten konnte, ihm auch wiederholt gesagt worden war, dass sein Benehmen seine Aussagen nicht im Geringsten glaubwürdiger mache, —

so muss ich in allen diesen Umständen ebenso viele Beweise erkennen, dass jener abnorme Seelenzustand lediglich auf Simulation beruhte, und den Mangel jeder Thatsache, die gegen diese Annahme spricht, konstatiren.

Ueber Melancholie.

Excerpt a. d. Abhandlung Sankey's zu Hanwell (Journ. of Ment. Science, 1863, July) von Dr. St.

Der niedrigste Grad von Schwermuth ist wohl der von *B. Brodie* beschriebene. „Manchmal habe ich an Niedergeschlagenheit gelitten, an einem, ich möchte sagen, abstrakten Gefühle von Traurigkeit. Es war keine äussere Ursache vorhanden, der ich es zuschreiben konnte, auch war es, so viel ich weiss, nicht mit irgend einer Störung der animalischen Functionen verbunden." Dieses Gefühl ist ohne Zweifel Jedem bekannt.

„Ein solcher, aber ganz chronischer Zustand habitueller Gemüthsverstimmung und übler Laune mit Hang zu allgemeiner Negation, Argwohn etc. findet sich nicht ganz selten unter den scheinbar Gesunden (namentlich weiblichen Geschlechts) und wird sehr selten als ein krankhafter erkannt, obwohl er sich unterscheidet 1) durch die Entstehung aus nachzuweisenden Krankheiten, 2) durch deutliche Remissionen, 3) durch das Bewusstsein der krankhaften Veränderung Seitens des Kranken, aber ohne die Kraft, zu widerstehen." (*Griesinger*, p. 228.)

Die allmälige Steigerung des melancholischen Zustandes oder den Uebergang von einem Stadium ins andere bezeichnet *Burton* so. Im Allgemeinen können wir betreffs der Melancholie sagen, dass sie im Anfang sehr angenehm ist (blanda ab initio), eine sehr ergötzliche Stimmung, allein zu sein, allein zu wohnen, auszugehen und nachzudenken, tagelang im Bett zu liegen, wachend zu träumen, von der Vergangenheit, und tausend Phantasien in sich zu bilden. Die Kranken waren nie zufriedener, als in diesem Zustande; sie waren zeitweise im Paradiese; sie beklagen sich, wenn man sie stört. Sagt ihnen, was für Unannehmlichkeiten folgen, was das Ende sein wird — es ist Alles einerlei; „es ist so angenehm" ist der Refrain. So schreitet nach und nach, auf dem Wege der Trägheit und freiwilligen Einsamkeit, der schreckliche Feind, die Melancholie, heran. Das anfängliche Wohlbehagen war nicht so gross, wie das nunmehrige bittere und herbe Gefühl. Sie können nicht die Gesellschaft, nicht das Licht, selbst das Leben nicht ertragen. Manche sind unfähig zur Arbeit etc. Ihr Körper ist mager, ausgetrocknet, verwittert, garstig, ihr Aussehen matt, ihr Gemüth geängstigt."

Griesinger sagt: „Indem jeder, auch der leichteste und früher adäquateste Eindruck Schmerz erregt, können sich die Kranken über Nichts mehr freuen; sie finden in allem Aeusseren stets neue Motive des Schmerzes. Alles ist ihnen widerwärtig geworden, sie zeigen sich verdriesslich, reizbar, verstimmt durch jede Kleinigkeit und reagiren dagegen entweder mit steten Aeusserungen der Unzufriedenheit oder, und dieses ist der häufigere Fall, sie suchen jedem Eindrucke von Aussen zu entgehen, indem sie sich scheu aus der Gesellschaft zurückziehen und völlig geschäftslos und müssig die Einsamkeit aufsuchen. Die Stimmung des allgemeinen Widerwillens spricht sich meistens zunächst aus als Abneigung gegen die Umgebung, Familie, Freunde, welche oft zu wahrem Hasse sich steigert, als eine totale, unangenehme Veränderung des Charakters.

„Der Charakterzug, sagt Dr. *Conolly*, ist Indolenz und Gleichgültigkeit. Sie lesen nicht, schreiben an Niemand, meiden jede Anstrengung; dabei sind sie sich ihrer Veränderung recht gut bewusst: „einst war ich fleissig, jetzt bin ich träge und unnütz, die Welt scheint nicht mehr zu sein, wie sie mir früher schien; alles Gute scheint mich verlassen zu haben.“

„Es scheint freilich, sagen solche Melancholische, dass Alles um mich noch eben so ist, wie früher, aber es muss doch auch anders geworden sein.“ (*Griesinger*.)

Selbstsucht durchdringt alle Handlungen und Ausdrücke des Melancholikers.

„Der Instinkt der Selbsterhaltung bildet in bedeutender Steigerung den Haupttheil der moralischen Veränderung des Melancholikers. Das Ich erlangt bei ihm eine jedes andere Gefühl zurückdrängende Bedeutung. Die Liebe und Zuneigung für irgend Etwas ausser für sich selbst ist gewöhnlich erloschen, wenn nicht, so nimmt der Kranke wenigstens einen besonderen egoistischen Charakter an. Die aufrichtigsten, natürlichsten, tief wurzelnden Neigungen ändern sich. Der Melancholiker sorgt nicht mehr für die Familie der Familie wegen, sondern nur seinetwegen.“ (*Auzouy*.)

„Die Haupt-Eigenthümlichkeit dieser Geistesstörung besteht darin, dass der Melancholiker glaubt, sein Zustand habe eine *äussere* Ursache; er sucht daher nach objektiven Gründen seiner Veränderung und der Gefühle, die aus dieser entstehen. Die geistige Unruhe, der Kummer,

die Angst und Furcht sind ebenso thatsächlich begründet, als wenn sie aus äusseren Ereignissen hervorgehen, in beiden Fällen derselbe geistige Prozess, der in dem einen durch schmerzliche Verluste oder drohende Gefahren, in dem anderen durch eine Erkrankung des Gehirns verursacht wird.“ (*Wachsmuth.*)

Eine andere Art des krankhaften Vorstellens ist die Furcht verbrannt oder durch Feuer, Torturen u. dgl. vernichtet zu werden. Dieses nähert sich mehr der Illusion, und man findet oft dabei bestimmte illusorische Wahrnehmungen; die Kranken haben falsche Empfindungen. Sie hören die Stimmen verschiedener Personen, bekannter und unbekannter, deren Inhalt sie ängstigt; oder es sind Töne wie von Qual und Todeskampf u. s. w., z. B. von Kindern, die unter Torturen oder im Feuer liegen. Diese Stimmen scheinen von Personen unter oder über ihnen zu kommen, oder aus den Mauern, aus der Luft. Falsche Geruchsempfindungen sind im Allgemeinen seltener. Der Geruch von Schwefel und Fäulniss ist wohl am häufigsten, letzterer gewöhnlich in der Hypochondrie. Wahnideen, die auf Gefühlsempfindungen beruhen, sind häufig; in unserer Zeit glauben die Kranken, wie *Griesinger* bemerkt, an elektrische oder galvanische Einwirkungen, an den Einfluss des elektrischen Telegraphen.

Die an Melanchol. agitans leidenden Kranken sind unruhig, rastlos, beständig in Bewegung; sie gehen hin und her, eilig rück- und vorwärts, wie ein unruhiges Thier in seinem Käfig; oder, wenn sie sitzen, rücken sie vor- und rückwärts, zerrupfen die Kleider, zerfasern sie, oder sie ringen die Hände, wälzen sich auf dem Boden, dulden kein Hinderniss, werden zornig, wenn man sie hindert, und werden plötzlich thätlich. Diese Unruhe veranlasst den Kranken, von Hause fortzugehen. „Die Kranken“, sagt *Griesinger*, „treiben sich dann unstet umher, oft weinend und händeringend; oft zeigen sie Neigung, im Freien herum zu irren.“ „Man findet in ihrem Verhalten und in ihren Bewegungen ein Analogon der Aeusserungsweise des psychischen Schmerzes bei Gesunden.“

Sehr verschiedene Arten von Furcht oder Schrecken haben bei verschiedenen Autoren, älteren und neueren, besondere Erwähnung gefunden, und man trifft in den Asylen unserer Tage die mannichfachsten erläuternden Beispiele. Ihre Verschiedenheit kann verschieden erklärt werden. Neben dieser Störung, schreibt *Griesinger*, treten nun falsche

Ideen und Urtheile auf. Der Kranke fühlt sich z. B. in einer Seelenangst, wie sie der Verbrecher nach einer schweren That empfinden muss, und es ist ihm, als wenn er selbst ein Verbrechen begangen hätte. Er kann dieses Gedankens nicht mehr Herr werden. In seiner Erinnerung findet er aber kein wirkliches Verbrechen, so hält er sich an irgend ein unbedeutendes Ereigniss, an einen kleinen Irrthum, eine Unvorsichtigkeit. Oder er fühlt sich ruhelos, von einer unbestimmten Qual herumgetrieben; nun hält er sich wirklich für verfolgt, von Feinden, geheimen Komplotten, Spionen umgeben etc., und dieses Delirium findet in jedem geringfügigen Umstande Nahrung."

Unter den verschiedenen Wahnvorstellungen sind manche sehr gewöhnlicher Natur; oft fast lächerlich; oder sie sind nur betreffs ihrer Ursache lächerlich. „Die Kranken sind erschreckt durch irgend einen Verlust, eine Gefahr, sie wähnen, auf jeden Fall all' ihr Besitzthum und ihre Habe zu verlieren, aber wie, das wissen sie nicht." „Wenn zwei Personen mit einander plaudern, sich unterhalten, scherzen oder über allgemeine Dinge sprechen, so glaubt der Kranke sogleich, dass man ihn meint, er wendet Alles auf sich an. De se putat omnia dici. Wäre er in einem stillen Hörsaale, z. B. bei einer Predigt, so fürchtet er, dass er unbedachtsam etwas Unschickliches, was man nicht sagen darf, aussprechen könnte." (*Burton*).

Andere Wahnvorstellungen scheinen spezifischen Ursachen eigenthümlich zu sein, wie die, von der Polizei oder einem schwarzen Manne verfolgt zu werden. *Burton* erzählt einen Fall, wo der Kranke fast beständig einen schwarzen Soldaten neben sich sah. Solches kommt nach *Thomeuf* am häufigsten vor in der Melancholie bei Alkoholismus.

Der Wahn nimmt oft die besondere Form der *Hypochondriasis* an. Sie ist eine Unterabtheilung bei den meisten Schriftstellern, älteren und neueren. In typischen Fällen sind die Charaktere sehr bestimmt. Dennoch ist die Krankheit nicht immer als eine Form des Irreseins betrachtet worden; weshalb, ist schwer einzusehen. Das Wesen der Hypochondrie ist falsche Deutung der Empfindungen, und diese versetzt sie unter die Geistesstörungen. Der Irrthum steigert sich manchmal zur Illusion und zum Wahnsinn, und dann haben wir manchmal die alte Form „Melanchol. metamorphosis" vor uns.

„Hypochondriasis ist eine Form von Lypemanie, deren Hauptcharak-

ter ein übertriebenes und fortwährendes Vorurtheil des Individuums betreffs seines Gesundheitszustandes ist.“ (*Dagonet.*)

Nach *Marcé's* Eintheilung gehört die Hypochondrie zur Monomanie, weil die Krankheit sich auf Veränderung der Gefühle beschränke und die intellektuellen Fähigkeiten nicht berühre. Das kann nur als richtig gelten für eine kurze Zeit ihres Verlaufes, denn die Störung verbindet sich bald mit falschen Empfindungen und Urtheilen; die falschen Ideen beziehen sich auf den körperlichen Zustand.

„Alle Zustände des Körpers und sehr bald auch die der Seele, schreibt *Wachsmuth,* werden mit der grössten Aufmerksamkeit belauscht und auf die verschiedenste Weise erklärt, aber mit wenig Einsicht, die der Kranke durch den Austausch mit möglichst vielen Aerzten oder das Lesen medizinischer Schriften zu erlangen sucht. Seine Klagen sind ohne Ende; Furcht, Verzweiflung, Angst betreffs der Gesundheit des Körpers und der Seele quälen ihn beständig. Der Eine untersucht fortwährend seine Zunge, jede Papille droht in Krebs überzugehen; ein Anderer achtet auf seine Haut, die ihm mit Lepra oder syphilitischen Geschwüren bedeckt scheint; ein Dritter sieht seine Glieder jeden Tag magerer werden oder anschwellen, in verdächtiger Weise, da jeder von diesen Zuständen ihn rasch tödten werde.“

Mit dem Fortschreiten der Krankheit beginnen die Kranken bestimmte Wahnideen zu haben, die sich aber immer auf ihren Körper beziehen, z. B. dass sie keine Gurgel, keinen Magen haben; oder es bestehen bestimmte Illusionen bei den besonderen Empfindungen.

„Ludwig der Elfte bildete sich ein, in einer stinkenden Atmosphäre zu sein; alle möglichen wohlriechenden Parfüms konnten ihn nicht davon befreien, sondern immer roch er etwas Abscheuliches.“

Ein Bäcker in Ferrara glaubte, er sei aus Butter zusammengesetzt, und vermied daher die Sonne.“ *Burton.*

Der Eine hält sich für einen Riesen, der Andere für einen Zwerg, der Dritte glaubt, dass er verfaule.

In Hanwell starb kürzlich ein Kranker, der sich seit sechs Jahren für eine Leiche gehalten hatte.

Hypochonder sollen selten Selbstmörder sein. „*Spielmann* erinnert mit Recht daran, sagt *Wachsmuth*, dass hypochondrische Kranke nicht die gleiche Furcht vor Selbstmord haben, als andere Melancholiker; denn

sie haben nicht die Energie, die That auszuführen, geschieht es, so ist es nicht die Folge eines Wahnes, sondern es geschieht in einem Anfalle von Angst."

Baillarger beschreibt Fälle, wo die Hypochondrie der Vorläufer allgemeiner Paralyse ist.

Marcé macht auf das Vorkommen der Hypochondrie bei jungen Mädchen aufmerksam, in der Zeit der Pubertäts-Entwicklung und nach frühzeitiger körperlicher Ausbildung.

Die Hypochondrie ist hartnäckig und chronisch. Leichte Anfälle werden oft geheilt, selten die ausgebildeten Fälle Sie geht manchmal in gewöhnliche Melancholie über, häufiger in eine schwerere Gehirnkrankheit, Apoplexie, Dementia etc. Sie mischt sich auch in andere Varietäten von Melancholie.

Melancholie mit Nahrungsverweigerung.

Die Ursachen der letzteren sind excentrische oder centrale Störungen, der Digestionsorgane, des Schlundes, Fieber, oder sonstige körperliche Erkrankung, die gewöhnlich mit Appetitlosigkeit verbunden ist. Centrische Ursachen sind vermindertes Hungergefühl, Furcht vor Vergiftung, der Wahn der Kranken, dass Essen böse oder gottlos, nicht nöthig sei, dass sie nicht werth seien, zu essen, dass sie es nicht bezahlen können, dass sie andere der Nahrung berauben. Gewöhnlich herrscht in allen Entschuldigungen irgend eine Furcht oder ein Verdacht. Einige Kranken scheinen ein Vergnügen darin zu finden, die Nahrung zu verweigern, sei's aus einem krankhaften Verlangen, dass man ihnen Beachtung und Theilnahme zeige, oder, wie es oft scheint, aus Neigung zum Ungehorsam Daher wollen manche Kranke wohl gefüttert werden, aber nicht allein essen. Andere wollen nicht gesehen sein beim Essen, sie besuchen den Speiseschrank und essen heimlich; andere, die sich lange Zeit geweigert haben, essen, sobald man die Sonde bringt, und weigern sich nicht wieder; so werden die Fälle hartnäckiger Opposition wirklich sehr selten.

Melanchol. religiosa ist nach *Wachsmuth* häufiger bei Frauen, als Männern, häufiger in den niederen, als den gebildeten Ständen. Diese Form hat verschiedene Nüancen. Der Eine ist ruhig und kniet und betet still und anhaltend tagelang, der Andere beweint beständig und laut seine Gottlosigkeit; Einige sind von Kummer, Andere von Gewissensbissen und Furcht gequält. Einige scheinen gar nicht bedacht darauf, ihr Betragen zu verbessern; man findet bei ihnen all' die kleinen

Fehler, Tücken etc. anderer Kranken, sie sind reizbar und manchmal thätlich gegen Andere. *Erotomanie* folgt nach *Tuke* nicht selten auf religiöse Melancholie. Diese Verbindung ist nicht selten. *Dagonet* machte, als er in Hanwell war, auf die Häufigkeit des Othaematoms bei religiöser Melancholie aufmerksam. Letzteres ist bei Frauen seltener. Zwei Fälle nur waren damals in Behandlung; in beiden religiöse Melancholie.

In naher Verbindung mit Mel. relig. steht die *Daemonomanie.*

Melancholie mit Neigung zum Selbstmord ist häufig. Kranke, welche eine beständige Angst und Furcht vor dem Tode haben, gelten gewöhnlich als am meisten zum Selbstmord geneigt. Etsi mortem timent, tamen plerumque mortem conciscunt (*Galen*). Die Selbstmordsucht ist in manchen Fällen erblich. Die Motive des Selbstmords sind sehr verschieden. Es gibt auch Fälle, wo die Kranken den Tod nicht *suchten.*

Melancholie mit Mordsucht. Die Fälle von Neigung zum Mord scheinen im Allgemeinen weniger mit Depression verbunden zu sein. Die Kranken sind gewöhnlich ruhig, oft höflich, selbst fein in ihrem Benehmen, die meiste Zeit vernünftig; plötzlich werden sie von ihrem mörderischen Triebe ergriffen; uterinale und hysterische Störungen bei den Frauen, zarte Konstitution, ein mürrisches und reizbares Wesen bei den Männern sind gewöhnlich mit diesen Fällen verbunden.

Die Opfer dieser geisteskranken Mörder sind Solche, die sie nie beeinträchtigt haben, die ihnen vorher sogar unbekannt waren, und die That hat daher einen triebartigen Charakter. In andern Fällen werden die liebsten Personen, wie die eignen Kinder, gemordet.

Melanchol. c. stupore, Stupidité, Melanchol. mit Stumpfsinn, akute Dementia. Hier scheint der apathische Zustand des Kranken auf's Höchste gestiegen zu sein; die äusserliche Trägheit, die Muskelunthätigkeit lässt glauben, dass der Kranke in den tiefsten Blödsinn versunken sei. Gleichwohl erinnert sich der Kranke in seiner Genesung alles Dessen, was sich zugetragen hat. In der Genesung kehrt meistens *plötzlich* die frühere Geisteskraft zurück.

Der Kranke hat den Ausdruck äusserster Stumpfheit; die Gesichtsmuskeln erschlafft, die Haltung schwerfällig und sehr verändert, der Kranke sitzt da, ohne sich um Etwas zu kümmern, nimmt keine Notiz von Dem, was vorgeht, bewegt sich selten, lässt den Kopf, die Arme schlaff hangen, lehnt sich, vielleicht in unpassender Stellung, im Sessel; wie auch immer seine Lage unbequem ist, er bemüht sich nicht, sie zu

ändern; wenn angeredet, erhebt er meistens die Augen, aber nicht den Kopf; er lässt sich eher vom Feuer stossen, als dass er von selbst geht; die Fliegen spazieren über sein Gesicht und die Augenlider, ohne dass es ihn stört; der Speichel, die Nasen- und Thränen-Sekretion fliessen von ihm, wie er da sitzt; er macht seine Entleerungen, ohne darauf Acht zu geben; er macht in der That keine Bewegung, sei's zum essen, trinken oder um eine Unbequemlichkeit und einen Schmerz zu vermeiden. Der übrige Körper leidet mit; die Hände schwellen und werden dick in Folge des Hangens; die Blut-Cirkulation ist offenbar träge, und eine purpurne Färbung entstellt das Gesicht; die Haut wird rauh und das Haar trocken. In einigen Eällen nehmen die Muskeln eine halb kataleptische Starrheit an; gibt man den Gliedern des Kranken eine neue Lage, so lässt er sie in dieser, wenn sie auch noch so unbequem ist; manchmal widersteht er, wenn man sie biegen will. Epileptiforme Anfälle begleiten manchmal diese Krankheit Auch kommt gelegentlich Nahrungsverweigerung vor, oder Wechsel zwischen Abstinenz und Gefrässigkeit.

Folie à double forme, folie circulaire. Diese von *Marcé* sehr klar und ausführlich beschriebene Form hat zwei Stadien, der Aufregung oder Manie, der Depression oder Melancholie; dazwischen ein lichter Zeitraum. Die Dauer jedes Stadiums in den einzelnen Fällen ist verschieden; die lucida intervalla sind in manchen Fällen nicht deutlich. *Falret* sen. war der erste, der die Unheilbarkeit dieser Form hervorhob.

Pathologie und pathologische Anatomie.

Die allgemeinen Charaktere der Melancholie sind so gleichmässig und ähnlich, dass man sie in eine Gruppe bringen kann. Dennoch geht die Melancholie stufenweise in andere Formen über, in Manie einer-, in Blödsinn andrerseits, und ungeachtet der Bestimmtheit gewisser Fälle, gibt es andere Punkte, welche der Aufstellung der Melancholie als einer Krankheitsspezies widersprechen. Jemand kann beim ersten Anfall von Irresein melancholisch, beim zweiten tobsüchtig sein; sehr viele Fälle von Manie haben ein melancholisches Vorstadium von kürzerer oder längerer Dauer; die Phaenomene der sogenannten Folie circulaire, in welcher die zwei Zustände mit einander wechseln, sprechen entschieden gegen eine specifische Differenz der beiden Formen. Nach *Zeller* in Winnenthal ist die Melancholie die Fundamentalform der meisten Fälle von Irresein, so dass Ausnahmen selten sind.

Auch, wie schon bemerkt, hat man die Melancholie in Verbindung mit allgemeiner Paralyse gefunden, welche selbst Anspruch macht auf eine Krankheitsspezies.

Die anatomische Grundlage der Melancholie wird in verschiedenen Fällen sehr verschieden sein.

Griesinger bemerkt mit Bezug auf die akuten Stadien des Irreseins: „Da eine ziemliche Anzahl dieser Fälle dem Ansehen nach ganz gesunde Gehirne auf den Sectionstisch liefert, so muss beim gegenwärtigen Zustand der Wissenschaft angenommen werden, dass sie ziemlich oft auf einer bloss nervösen Cerebral-Irritation oder einer noch unbestimmten Ernährungsstörung beruhen.

Wo sich palpable Störungen finden, da ist Hyperämie am häufigsten Durchgreifende, konstante Unterschiede zwischen Melancholie und Manie gibt es anatomischer Seits nicht; aber die Störungen für beide Formen sind darum doch nicht die gleichen.

Die Melancholie hat noch häufiger als die Manie gar keine anatomischen Läsionen; wo sie solche hat, bestehen sie seltener, als in der Manie, in Hyperämie; eher in Blutarmuth mit grösserer Derbheit der Hirnsubstanz oder seröser Durchfeuchtung.

Im chronischen Irresein sind die Fälle, wo alle anatomische Störung fehlt, seltener, ebenso die blossen Hyperämien; sehr häufig die Trübung und Verdickung der Membranen."

Bezüglich der Befunde in andern Organen bemerkt Dr. *Clouston*, dass nach seinen Untersuchungen eine besondere Beziehung bestehe zwischen tiefer Melancholie (mit hartnäckiger Neigung zum Selbstmord und Nahrungs-Verweigerung) und Lungen-Erkrankung Er nimmt an, dass in der Mehrzahl der Fälle von Melancholie, Monomanie und Dementia Tuberkulosis bestehe.

Rokitansky fand Hypertrophie des Ganglion N. sympathic. in einem Falle von Hypochondrie, *Esquirol* in einem gleichen Falle Krebs des Pylorus bei einer Frau, welche ein Thier in ihrem Magen zu beherbergen wähnte. Eine Frau in Hanwell, welche Katzen in ihrem Magen zu haben glaubte, litt an einer bedeutenden Leberkrankheit und starb gelbsüchtig; die Gallenblase war von Steinen ausgedehnt. Nierenleiden, überall gewöhnlich, wird sehr häufig bei Irresein gefunden, aber nicht vorzugsweise bei Melancholie.

Zur Diagnose des paralytischen Irreseins.

(Journ. of Mental Science 1866, October, p. 381).

Mit den gewöhnlichen Symptomen der sog. „Allg. Paralyse“ sind Die, welche die Irren in Masse behandeln, so bekannt, dass sie ihre Diagnose wohl als etwas sehr Leichtes ansehen können. Es kommen indessen manchmal Fälle vor, welche alle hervorstechenden frühzeitigen Symptome jenes Leidens darbieten, aber doch nicht unglücklich endigen; die psychischen Erscheinungen treten nicht bloss für eine Zeit lang zurück, sondern der Kranke wird allem Anscheine nach geheilt. Es ist wichtig, solcher Fälle sich zu erinnern, denn eine zu positive Prognose kann Dem, der sie stellte, unangenehm werden, wenn sie durch eine unerwartete Heilung widerlegt wird. Es gibt wahrscheinlich keine Gehirnkrankheit, die uns zu einem bestimmten Urtheil geneigter macht, als die allg. Paralyse, wegen ihrer in der Regel so leicht erkennbaren Phaenomene und ihres so gleichförmigen Verlaufes. Aber *das* gerade kann eine falsche Sicherheit und Irrthümer erzeugen. Als am meisten unterscheidende Merkmale der Krankheit können gelten die herrlichen oder optimistischen Ideen und die Verwirrung, welche irgend einer Lähmung vorhergehen.

Da wir nun wissen, dass diese Symptome fast immer gewisse destruktive Veränderungen des Gehirns im Gefolge haben, sind wir zu der Annahme geneigt, dass letztere den ersten immer folgen müssen. Das ist aber keine unfehlbare Regel; jedoch hört man auch selten von Ausnahmen. Die folgenden Fälle scheinen mir diesen Punkt zu beleuchten. Ihre Merkmale sind nicht besonders interessant; aber sie gehören zur Minorität, und daher sind sie instruktiver.

1) John S., 40 Jahre alt, Schneider. Aufnahme in Cambridgeshire Asyl am 1. Mai 1863. Der erste Anfall von Irresein; Beginn vor 14 Tagen erst. Die Mutter und ein Bruder des Kranken starben als Geisteskranke. Es ist ein schöner, wohlgestalteter Mann, bei der Aufnahme sehr aufgeregt, geschwätzig; grosser Optimismus, keine Lähmungserscheinungen; er sagt, er sei der tüchtigste Mensch auf der Erde, sehr reich und von grosser Kraft. Alle seine Aeusserungen sind übertrieben. Die körperliche Gesundheit hat nicht sehr gelitten. Während der ersten Wochen war er sehr heftig und zu Zeiten aufgeregt, er erklärte gern die besonderen Fähigkeiten, welche er zu besitzen wähnte. Gegen Ende Juni war er ruhiger und war als Schneider thätig und als solcher sehr geschickt. Aber er sprach damals noch mit

dem grössten Optimismus sowohl von der Bedeutung, als auch der Masse seiner Arbeiten, u. s. w. Er besserte sich allmälig, wurde immer ruhiger und beständiger in seinem Verhalten und zeigte nicht mehr die früheren Launen. Aber immer noch sprach er in der frühern übertriebenen Weise; das war aber keine blosse Prahlerei, sondern eine wirkliche Ueberzeugung von seinen Fähigkeiten und seiner Kraft. Nach einer versuchsweisen Entlassung wurde er definitiv im November 1863 geheilt entlassen. Er ernährte sich seitdem als Schneider, aber sein Benehmen war durch Extravaganzen und Sonderbarkeiten charakterisirt, die sich mit einem gesunden Verstande schwer reimen lassen. Er ist augenblicklich (Juni 1866) körperlich ganz gesund, lebt in Freiheit und ist in psychischer Beziehung ganz und gar derselbe.

2) Edward M., 49 Jahre alt, verheirathet, Wagner, wurde im Asyle am 18. Aug. 1864 aufgenommen. Hereditäre Anlage; Patient soll schon früher einmal geisteskrank gewesen sein. Ein Ausbruch von Heftigkeit veranlasste seine Entfernung von Hause. Das ärztliche Attest spricht von „sehr grosser Unstätigkeit und Reizbarkeit; Verwirrung und drohenden Gewaltthätigkeiten gegen die Umgebung; Zerstörung von Haushaltungs-Gegenständen, Misshandlung der Kinder, Entwendung von Hühnern, Kaninchen u. s. w. bei den Nachbarn". Bei der Aufnahme zeigte er Anfangs keine Symptome von Irresein, aber nach einem Monate wurde er verwirrt und geschwätzig. Als dann Ungleichheit der Pupillen und Zittern an den Gesichtsmuskeln, inkohärente und übertriebene Aeusserungen. Dann wurde er zerstörungssüchtig, zerriss die Betttücher, sammelte Abfälle aller Art, Stückchen Holz, Bändchen, Glas, Läppchen und sonstige unbrauchbare Dinge. Er versicherte, gut gestellt zu sein und erbot sich, Anweisungen auf hohe Beträge auszustellen. Er wiederholte beständig, dass er sich sehr kräftig fühle und niemals in seinem Leben sich besser befunden habe; täglich schrieb er verwirrte Briefe. Manchmal wurde er sehr beleidigend und, nachdem er geflucht und wegen übler Behandlung geklagt, begann er zu schreien und wurde sehr aufgeregt.

Im April 1865 besserte er sich, war nicht mehr unartig und beschäftigte sich gleichmässig. Im Juli wurde er entlassen, auf Ansuchen seiner Frau, nach einem Monat Probezeit, und ist nicht in's Asyl zurückgekehrt.

Im ersten Falle waren die Grössen-Ideen sehr bemerkenswerth und sie würden Manchen zu der Annahme allgemeiner Paralyse verleitet haben. Dennoch, obgleich jene in höherem oder geringerem Grade anhielten, so besserte sich doch der Kranke in anderen Beziehungen, und eine hinlängliche Zeit ist jetzt verflossen — abgesehen von andern Gründen — um zu beweisen, dass der Fall nicht ein solcher war, welcher er Anfangs zu sein schien.

Vielleicht glich der zweite Fall *mehr* einer gewöhnlichen allgemeinen Paralyse; die Verwirrtheit, Zerstörungssucht, Zittern und Wahnideen, betreffs Wohlstand u. s. w. berechtigten zu dieser Diagnose. Aber der Mann kehrte nach der Entlassung in sein Geschäft zurück und fuhr fort, sich wohl zu befinden. Es ist auch sonderbar, dass er nach Aussage seiner Frau auch vor zwei Jahren ähnliche Symptome zeigte. Man muss zugeben, dass andauernder Optimismus kaum in einer andern Krankheit, als allgemeiner Paralyse, bekannt ist; diese verläuft auf jeden Fall unglücklich; das macht eben die abweichenden Fälle auffallender.

In den Annal. med. Psycholog. hat Dr. *Munoz*, Direktor des Asyls in Cuba, einen auf diesen Gegenstand bezüglichen interessanten Artikel veröffentlicht. Bekannt mit der allg. Paralyse, wie sie dort auftritt, erwähnt er einer Reihe von Fällen aus seiner Erfahrung, deren Verlauf, obgleich alle Zeichen der Krankheit entwickelt waren, dennoch seine ungünstige Prognose widerlegte. In seinem Resumé sagt er, dass oft Fälle ambitiöser Manie vorkommen, die nicht in allgemeine Paralyse ausarten, und dass bei den Negern dement. paralytica, im Gegensatz zur weissen Raçe, häufiger bei den Frauen, als Männern vorkommt, während der Grössenwahn, der nicht in allgemeine Paralyse ausläuft, häufiger bei den Männern ist.

Ich behalte mir vor, die Beobachtungen von Dr. *Munoz* später den Lesern unseres Blattes mitzutheilen.

Literatur.

Vierteljahrsschrift für Psychiatrie, in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Central-Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin, herausgegeben von Professor Dr. *Max Leidesdorf* und Docent Dr. *Theodor Meynert*.

Diese neue psychiatrische Zeitschrift erscheint bei J. H. Heuser in Neuwied, vierteljährig in Heften von 5—6 Druckbogen. Preis pro Jahr Thlr. 3. Das 1. Heft ist erschienen.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträg jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 11. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Geschichte einer Besessenen. Ueber Delirium tremens.

Geschichte einer Besessenen.

Nach den Akten bearbeitet von Dr. A. v. Franque in München.

Gegen Ende des Jahres 1844 machte eine Besessene in dem kleinen Dorfe Niederhausen im Herzogthum Nassau viel Aufsehen und veranlasste wegen der mannigfachen über sie verbreiteten Gerüchte die herzogliche Regierung, die betr. Kranke durch den Medicinalrath des Amtes genau beobachten zu lassen. Die vorliegenden, ausführlichen Berichte bieten so viel Interessantes, dass es gerechtfertigt erscheint, das Wesentliche davon in weiteren Kreisen bekannt werden zu lassen.

(Die betr. Akten waren mir zur Bearbeitung des Falles für die jetzt eingegangenen med. Jahrbücher für das Herzogthum Nassau übergeben worden.)

Kath. H., 19 Jahre alt, die Tochter nicht unbemittelter Eltern, ohne erbliche Krankheitsanlage; mittlere Grösse, gesunde und blühende Gesichtsfarbe, volle Wangen, sehr gut genährt und kräftig gebaut; der Schlaf ununterbrochen, der Appetit sehr gut, die Zunge rein, Stuhl regelmässig. H. ist in ihrem Dorfe als fromm, gesittet, verständig, arbeitsam und brav bekannt; ist geistig nicht schlecht begabt, kann lesen

und schreiben. Sie wurde nach dem Willen ihres Vaters, wie ihre vier Geschwister, in der kath. Religion erzogen, obgleich ihre Mutter evangelisch war, was jedoch keinen nachtheiligen Einfluss auf das Familienleben gehabt zu haben scheint.

Erste Menses unter ziemlich heftigen Schmerzen im 18. Lebensjahre; 4 Wochen darauf blieben sie aus, und die Krankheit datirt, nach der Kranken eigener Aussage, genau von dieser Zeit. Ueber ihre ersten Anfänge im Juli 1844 liess sich nur wenig Sicheres ermitteln; doch steht fest, dass die Kranke plötzlich beim Arbeiten auf dem Felde von heftigem Kopfweh und grosser Mattigkeit befallen wurde, dabei war der Appetit und die Verdauung schlecht. Der Zustand verschlimmerte sich allmälig; der Sitz der Krankheit wurde, wie der Berichterstatter Dr. *R.* bemerkt, aus dem gangliösen Nervensystem, welches dem Gemeingefühl vorsteht, in die Centraltheile des motorischen Nervensystems, in das Rückenmark, verlegt; heftige klonische und tonische Krämpfe in den verschiedensten Muskelgruppen; in die Höhe Schleudern, mannigfache und seltsame Verdrehungen des ganzen Körpers; konvulsivische Bewegungen der Extremitäten; Rückwärtsbiegung des Halses. Die seltsame Art dieser Zufälle, ihre Heftigkeit und Dauer, die Erfolglosigkeit der ärztlichen Behandlung, dann der Umstand, dass die krampfhaften Kontractionen der willkürlichen Muskeln sich auch auf die weniger vom Willen beherrschten Bauchmuskeln, das Zwerchfell, die Respirationsmuskeln und den Kehlkopf erstreckten, wodurch die mannigfachsten, seltsamsten, nicht menschlichen Töne, dem eines jungen Hundes ähnlich, erzeugt und ausgestossen wurden: das Alles lässt es nicht auffallend erscheinen, dass schon damals in der Umgebung der Kranken der Glaube an eine übernatürliche, transcendente Einwirkung eines bösen Geistes Raum und festen Boden gewann. In dieser Zeit hatte die Kranke sehr guten Appetit, und ihre Geistesfähigkeiten sollen nicht gestört gewesen sein.

Als Dr. *R.* die Kranke zum ersten Male sah, hatten jene Anfälle ungefähr 5 Wochen gedauert. Man hatte Venäsectionen gemacht, Blutegel gesetzt, ein Haarseil in den Nacken gezogen, auf das enthaarte Haupt Pustelsalbe eingerieben, ohne die geringste Besserung, obgleich die Kranke willig und genau den gegebenen Vorschriften nachkam.

Den ersten Besuch bei der Kranken schilderte Dr. *R.* folgendermassen: Das Bett der Kranken, sowie sie selbst, war mit weissem Linnen — als eine dem bösen Dämon wahrscheinlich unangenehmen Farbe —

belegt. Sie hielt in jeder Hand ein kleines Krucifix; das Zimmer war voll theilnehmender, neugieriger Nachbarn; jeder konvulsivische Paroxysmus wurde von einigen Umstehenden mit lauten religiösen Ausrufungen und Sprüchen aus der hl. Schrift begleitet, womit man die Gewalt des bösen Geistes zu brechen wähnte; auch war die Brust mit einem heiligen Bildchen belegt.

Noch interessanter ist die Erzählung eines zweiten Besuches: Bei meinem Eintritt in die Stube fand ich die Kranke auf einem Stuhle sitzen, an einem Hemde arbeitend; sie stand auf, und ich setzte mich ihr rechts zur Seite auf eine Fensterbank. Nachdem sie sich gleichfalls niedergesetzt, erkundigte ich mich nach ihrem Befinden. Sie war im Begriffe, meine Fragen mit einer milden, etwas wehmüthigen, schwachen Stimme zu beantworten, und zwar mit vollkommenem Verstande; bald jedoch stockte sie, das Gesicht nahm einen veränderten Ausdruck an, Kopf und Hals wurden konvulsivisch nach rückwärts gebogen, und das kranke Ich (der Dämon) fing an aus ihr zu reden. (Ich will der Kürze wegen das Wort Dämon statt krankes Ich beibehalten.) Der Form nach veränderte sich alsdann die mädchenhafte Stimme in eine rauhe, beinahe in eine Bassstimme, für den ungeübten Hörer etwas unverständlich, theils wegen der Hastigkeit und Heftigkeit, womit die Worte ausgestossen wurden, theils auch wegen der grammatisch nicht richtig ausgesprochenen Worte. Der Ton der Rede hat den Ausdruck des Zornes, der Leidenschaft, des Zankes, der strafenden Zurechtweisung, bald auch den des Hohnes. Diesem moralischen Gemüthszustande entspricht der Ausdruck des Gesichtes, der Augen, sowie die Bewegungen der Hände und des ganzen Körpers. Das Gesicht wird widerlich grinsend gegen denjenigen gerichtet, den der Dämon oft mit geballten Fäusten, mit harten Worten, Verwünschungen und Flüchen angeht; bisweilen verlacht, verhöhnt er auch den Gegenstand seines Zornes, besonders wenn von seiner Entfernung, Austreibung oder von der Heilung, von ärztlicher Hilfe die Rede ist. Vorzüglich hat er es sich zur Aufgabe gemacht, die Kranke so viel als möglich zu quälen, zu verhöhnen, ja er gibt ihr in deutlichen Worten seine Absicht zu erkennen, sie zu vernichten und zu tödten.

Während die dämonische Persönlichkeit aus ihr redet, hat die Kr., das gesunde Ich, das ganze Bewusstsein der despotischen Herrschaft des Dämon über sich und ist gezwungen, ihn in Gedanken, Worten und

Geberden zu folgen; die gesunde Persönlichkeit der Kranken ist in der dämonischen über- und aufgegangen, sieht jedoch gleichsam dem mit ihr getriebenen Spiele zu. Das einheitliche Bewusstsein ist in einen seltsamen Dualismus gespalten. Nicht allein gegen andere tritt der Dämon in seinem Zorne auf, sondern sehr oft gegen die Kranke selbst. Hier spaltet sich das Bewusstsein am deutlichsten, das gesunde Ich wird dem kranken zum Objekt und wird von ihm wie eine dritte Person angewendet; ja der Dämon geht so weit, das gesunde Ich nicht allein zu schimpfen und zu schmähen, sondern er bedient sich ihrer Hände und schlägt bei ihm missfälligen von der Kranken geführten Reden dieser nicht eben sanft in's Angesicht und auf den Mund, schimpft und verwünscht sie.

Diese Paroxysmen treten den Tag über öfter mit mehr oder weniger Heftigkeit, mit oder ohne Veranlassung, im Stehen, Sitzen und Arbeiten auf, jedoch nie des Nachts, wo die Kranke gut schläft. Besonders werden die Anfälle durch äussere Einwirkungen hervorgerufen. Sie bittet daher die Ihrigen, die Thüre nicht hart zuzuschlagen, kein Holz zu brechen u. dgl. Ein Paroxysmus dauert oft nur eine oder mehrere Minuten, dann wird Patientin ruhiger, greift wieder zur Arbeit, scheint angegriffen, und nach leisem Seufzen über ihr hartes Geschick, kehrt sie augenblicklich bei völligem Verstande zu ihrer ruhigen Haltung und natürlichen Stimme zurück.

Am 1. December 1844 trat die Menstruation ein; am 15. erschien sie wieder, war sehr profus, dauerte etwa 8 Tage. Auf die Krankheit selbst äusserte sie nicht den geringsten Einfluss, ebenso wenig wie *Magist. Bismuth.* und *Extr. Bellad.*

Am 15. Januar 1845 stellte sich die Periode wieder ein und dauerte 7 Tage, ebenfalls ohne allen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit.

Da das Aufsehen, welches die sonderbaren Zufälle der Kranken hervorriefen, sich immer weiter verbreitete und vergrösserte, ausserdem aber auch die Geistlichkeit sich sehr um den Fall bekümmerte und, wie es schien, ihn einseitig auszubeuten suchte, veranlasste die herzogliche Regierung, dass die Kranke in das Spital zu Wiesbaden gebracht wurde, damit sie aus ihrer bisherigen Umgebung entfernt und aufmerksam beobachtet, und ihr die entsprechende psychische, diätetische und therapeutische Behandlung zu Theil werden könne.

Wie sehr die Geistlichkeit sich um den Fall interessirte, und wie

gerne sie ihn zu gewissen Demonstrationen verwendet hätte, geht unzweifelhaft aus folgenden Worten des bischöflichen Domkapitels zu Limburg hervor, die in einem Schreiben an die Landesregierung niedergelegt sind:

„Die 19jährige K. H, ledige Tochter der Wagners-Wittwe K. H. zu N., leidet seit mehr als 6 Monaten an einer Krankheit, welche von so auffallenden Symptomen begleitet ist, dass ihre Umgebung durch dieselben zu der Meinung geführt wurde, die Kranke sei dämonisch. Auf das Anstehen der Mutter des unglücklichen Mädchens haben Wir den namentlich hierfür erbetenen Herrn Pfarrer H. zu M. und später den betreffenden Ortspfarrer Herrn K. angewiesen, die Kranke zu besuchen, sie auf zweckdienliche Weise in ihrem Leiden nach Möglichkeit zu erleichtern, dabei ihr ganzes Verhalten sorgfältig zu beobachten, und alle Wahrnehmungen anher zu berichten.

Die rubricirten Berichte (Einsicht in dieselben war leider nicht zu bekommen. Dr. *v. Fr.*) melden nun übereinstimmend Erscheinungen, welche unverkennbare Aehnlichkeit mit den bei Dämonischen vorkommenden haben, Uns jedoch, trotz der fortdauernden Bitten ihrer Verwandten nicht bestimmen können, die Erlaubniss zur Vornahme des Exorcismus, welcher den Vorschriften der Kirche gemäss nur mit äusserster Umsicht angewendet werden soll, zu ertheilen, indem Wir noch einer genaueren Information bedürfen.“

Am 20. März 1845 trat die Kranke in das Spital zu Wiesbaden ein und blieb dort bis zum 4. Mai 1846. Aus dem vorliegenden Spitalberichte vom 7. August entnehmen wir Folgendes:

Bei übrigens gesundem, frischem Aussehen, einer normalen Function der Verdauungsorgane, einer entsprechend regelmässigen Nutrition bei gutem Schlafe, beschränken sich die Klagepunkte der K. H. hauptsächlich noch auf die Angabe eines unangenehmen, unbestimmten, mehr als lästig, denn eigentlich als schmerzhaft geschilderten Gefühls von Unruhe im Leibe, über welches gewöhnlich von ihr bemerkt wird, dass es ihr wie ein Krampf den Leib durchziehe. Diese offenbar auf einer hysterischen Verstimmung der Unterleibsnerven beruhende Affection steigerte sich, wie auch früher, paroxysmenweise zu mehr wenigen gelinden oder heftigen krampfhaften Kontractionen der Bauchmuskeln, pflanzt sich auf das Zwerchfell, den Kehlkopt u. s. w. fort und wird nur bei heftigeren Anfällen von klonischen Krämpfen und konvulsivischen Zuckungen der

Muskeln der oberen Extremitäten, des Rückgrats, der Gesichts- und Halsmuskeln begleitet. In Folge der dadurch herbeigeführten Blutstockungen und wohl durch das bei den stärkeren Paroxysmen eintretende gewaltsame Herauspressen der Luft, welches die „bellenden" Töne bewirkt, sind die Drüsen an beiden Halsseiten leicht aufgeschwollen (? Dr. *v. Fr.*), indess frei von entzündlicher Spannung und Schmerzhaftigkeit. Nur selten erreichen die Krampfanfälle noch den früher geschilderten Grad ihrer grössten Höhe, sind zu keiner Zeit mit Gefässaufregung verbunden, und hinterlassen keine Erscheinungen, die zu dem Schlusse berechtigten, dass der ganze Organismus dadurch erheblich in Mitleidenschaft gezogen würde. Es hat sich bestimmt herausgestellt, dass sie, weil alle solche hysterische Affectionen vorzugsweise nach psychischen Aufregungen einzutreten pflegen, während momentane Veränderungen des körperlichen Befindens, wie das Ausbleiben oder Erscheinen der Regeln, gelegentliches, fieberhaftes Unwohlsein, auf ihre Entstehung keinen Einfluss gezeigt haben. Im Allgemeinen kommen sie bei weitem seltener vor, als vor der Aufnahme in das Hospital, beschränken sich gewöhnlich auf ein krampfhaftes Auftreiben des Leibes, sind in den wenigsten Anfällen mit Schreien oder Sprechen verbunden, und meist so gelind, dass ihre Gegenwart nur der absichtlichen Beobachtung nicht entgeht.

Bis jetzt sind die Regeln nur einmal $2\frac{1}{2}$ Tage lang im Ausgange des Monats Mai vorhanden gewesen.

Seit den letzten Wochen des Aufenthalts im Hospitale hat sich der etwas starke Leib der K. H. sichtlich verkleinert. Vikarirende Absonderungen für die unterdrückten Menses fanden nicht statt, wohl aber Neigung zu Stuhlverstopfung; es mag indess daran der Mangel hinreichender körperlicher Bewegung mit die Schuld tragen.

Ihr ganzes Benehmen ist neben einer gewissen, passiven Halsstarrigkeit nicht frei von Mangel an Konsequenz, schlauer Naivetät und Neigung zu hysterischer Simulation.

An Beweisen von Inkonsequenz fehlt es nicht in ihrem gewöhnlichen Benehmen. Beispielsweise sei bemerkt, dass sie bald stundenlang betet, bald Wochen hindurch nicht beten zu können behauptet und kein Gebetbuch zur Hand nimmt, auf ernstes Zureden sich indess dazu entschliesst; dass sie einmal fasten will und gewisse Speisen zu geniessen sich weigerte; bald sich faul und unthätig zeigt, bald wieder fleissig

arbeitet. In ihrem ganzen Benehmen zeigt sie überhaupt die gewöhnliche Lauenhaftigkeit, mit welcher Hysterische ihre Umgebung und den Arzt zu quälen pflegen.

Da die K. H. geständigermassen während ihrer Paroxysmen ihr vollkommnes Selbstbewusstsein nicht einen Augenblick verliert, so sehen wir, wie wiederholte Beobachtungen zur Genüge konstatirt haben, ihre psychischen Eigenthümlichkeiten und hysterischen Unarten sich auch durch ihre hysterischen Anfälle durchziehen.

Vorerst kann ihr eine von ihrem freien Willen bedingte Absichtlichkeit, die dämonischen Anfälle eintreten zu lassen, nachgewiesen werden. Als sie in die Hospitalpflege eingetreten war, debütirte sie mit denselben fast täglich, wenn sie besucht wurde oder den Arzt in ihrer Nähe wusste; sowie der Besuch beendigt war, hörte der Paroxysmus auch von selbst auf. So lange sie im Badehause mit anderen Kranken badete, traten fast regelmässig im Bade Anfälle ein, hörten aber sofort auf, sobald die Bäder auf ihrem Zimmer genommen wurden. Ja sie kündigte auch wohl in ihrer dämonischen Redeweise den Eintritt von Anfällen auf einen bestimmten Zeitpunkt an. Sie weiss auch ferner, wie sie sich während ihrer Paroxysmen benehmen soll, was sie thun und lassen will. Zur Bewahrheitung mögen folgende Data angeführt werden. Bei einem heftigen Anfalle stiess sie ihren Kopf gegen die Wand, jedoch nicht sehr heftig und nicht ohne sich die Entfernung des Orts, gegen welchen sie anstossen wollte, vorher genau betrachtet zu haben. Kamen ihr während eines Anfalls ihre Kopfhaare ins Gesicht, so strich sie dieselben weg, ohne sich in dem Paroxysmus stören zu lassen. Seitdem ihr angekündigt worden, dass man es schlechterdings nicht zugeben werde, wenn sie sich in ihren Anfällen ins Gesicht schlage, oder dasselbe zerkratze, hat sie dieses Manœuvre aufgegeben. Einmal kam sie während eines Anfalls, bei welchem sie sich ganz ungeberdig auf ihr Bett warf, auf den Rand desselben und drohte herauszufallen; sie hatte das nicht so bald gemerkt, als sie inmitten des Anfalls, da man sie ganz gewähren liess, ruhig daselbst liegen blieb. In der ersten Zeit ihres Aufenthaltes zeigten ihre Paroxysmen eine offenbar studirte, auf Effekt berechnete, regelmässige Durchführung. Diese planmässige Scenerie in den einzelnen Erscheinungen der Krampfanfälle hörte jedoch auf, sobald ihr der gehörige Ernst, sich nicht täuschen zu lassen, gezeigt worden war. So hat ihr auch, trotz einer nicht zu verkennenden Schlau-

heit, dieselbe Inkonsequenz, die ihr gewöhnliches Benehmen charakterisirt, während der Paroxysmen nachgewiesen werden können; ja sie ist nicht selten dabei ganz aus der Rolle gefallen. Zum Beweise nur folgende Data: Sehr häufig weigerte sie sich, ihr Gebetbuch in die Hand zu nehmen, und bekommt einen hysterischen Anfall, wenn sie dazu genöthigt wird. Als dies bei der bemerkten Veranlassung einmal der Fall war und zur Anwendung von Bespritzungen mit kaltem Wasser (dem Mittel, dessen konsequente Anwendung der Paroxysmus nur selten Widerstand zu leisten vermag) geschritten wurde, blieb diese Manipulation anfangs wirkungslos. Sobald indess nachdrücklich damit fortgefahren wurde, liess sie sich in ihrer dämonischen Redeweise vernehmen: „Ich kann ihr ja das (Nehmen des Gebetbuches) auch einmal erlauben; sie soll es nehmen.“ — Sie nahm nun das Buch, und der Anfall war vorüber.

Bei einer ähnlichen Veranlassung zeigte sich der Paroxysmus gleichfalls gegen die Anwendung des kalten Wassers sehr hartnäckig. Zufällig war das nebenliegende Gebetbuch nass geworden. Als sie dies mitten im Anfalle bemerkte, vergass sie sich so, dass sie mit der rauhen Stimme, in welcher sie stets den Dämom debütiren liess, plötzlich ausrief: „Ach mein Gebetbuch.“

Eine Monate lang fortgesetzte Beobachtung der K. H. und wiederholt aufgenommene Untersuchungen über die Natur der ursprünglichen Momente, welche ihrer Zeit zur Entstehung der eigenthümlichen geistigen Verkehrtheit beigetragen haben und diese bis jetzt unterhalten, setzen es ausser allen Zweifel, dass die Idee des Besessenseins nicht eine nothwendige Folge eines kranken, körperlichen Zustandes, sondern in Bezug auf denselben einen rein accidentelle und nur auf psychischem Wege entstanden ist; der körperliche Zustand der K. H. — eine längere Zeit bestehende hysterische Verstimmung des ganzen Nervensystems — gab im Allgemeinen nur einen günstigen Boden zur Entstehung psychischer Alienationen ab; in dem geringen Stande der intellektuellen Bildung, in den beschränkten religiösen Ansichten der Kranken und in einer in bestimmter Richtung wirksamen, schädlichen Influenz von Seiten ihrer Umgebung aber lagen die vollkommen hinreichenden Bedingungen für die eigenthümliche Form der später hervortretenden Idee.

Hatte doch die K. H. Monate lang an hysterischen Krämpfen gelitten, bei welchen sich ihr Leib auftrieb und, wenn sie das Zwerchfell

und den Kehlkopf ergriffen, durch gewaltsames Ausstossen der Luft eigenthümlich lautender Töne — einem Bellen vergleichbar — zum Vorschein kamen, ohne dass diese Erscheinungen von ihr und den Angehörigen für etwas Anderes genommen wurden, als was sie wirklich waren, nämlich eine sogenannte „Nervenkrankheit.“ Wenn die Kranke auch zeitweise darüber gewisse Ideen äusserte, wie, dass sie einen Schwarm Bienen im Leibe habe, oder dass sie einen Hund in sich beherberge, so fassten dieselben doch nie bleibend Wurzeln, weil sie ihr am Ende selbst nicht recht begreiflich waren. Die lange Dauer dieser Anfälle, die Erfolglosigkeit aller dagegen angewendeten ärztlichen Mittel und der ungewöhnliche Eindruck, den die eigenthümlichen Krämpfe auf den ungebildeten Laien machten, mögen das Nachdenken der Kranken und ihrer Angehörigen oft genug beschäftigt und sie aufgefordert haben, sich über die Ursache der vorhandenen Krankheit, wo sie nur konnten, Aufschluss zu verschaffen.

Zu wiederholten Malen hat die Kranke die Angabe gemacht, dass sie in der Bibel und in einem alten Buche, ehe noch ihre spätere Idee festen Grund und Boden gewann, von Besessenheit und Besessenen gelesen habe. Dieser Zustand und seine Aeusserungen waren ihr daher nicht fremd. Dessenungeachtet kam sie, ihren übereinstimmenden wiederholten Aussagen gemäss, selbst jedoch nicht auf die Idee de Besessenseins; diese wurde ihr vielmehr, wie sich zeigen wird, von den Ihrigen zuerst beigebracht. Die eigenthümlichen Erscheinungen bei ihren hysterischen Krämpfen hatten bereits auch in der Nähe ihres Wohnortes die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gezogen und Unbefugte, die darin die Wirkung übernatürlicher Einflüsse zu erkennen glaubten, zu mitleidsvoller Hülfeleistung angetrieben. So kam es denn, dass ihrem Bruder, einem abergläubischen, frömmelnden Schneider, bei einem Kirchengange von einer alten Bäuerinn zur Heilung seiner Schwester das Walldürner Machwerk „Betrachtung und Gebet zu den sieben heiligen Himmelsriegeln“ eingehändigt wurde, das, wie sein Inhalt besagt, wenn es auf den Kopf gelegt wird, oder wenn man es gläubig bei sich trägt, die Kraft hat, „die bösen Geister bei Tag und bei Nacht zu verscheuchen.“ In der dem Gebete vorausgehenden Betrachtung wird ein Fall erzählt, in welchem die Vorlesung besagten Gebetes durch einen Priester über einen Besessenen denselben zur Stunde von seinem bösen Geiste befreit habe. Der dienstfertige Bruder hat nichts Eiligeres zu thun,

um über die Natur der Anfälle seiner Schwester ins Reine zu kommen' als in Abwesenheit aller übrigen Hausbewohner mit dem werthvollen Instrumente des Heils bei ihr den Exorcismus zu versuchen, liesst es ihr vor, legt es auf den Kopf und, als dieses nicht augenblichlich fruchtet, unter denselben. Trotzdem, dass bei diesem Experimente der Teufel weder zum Vorschein noch zum Weichen zu bringen war, hinterliess die Ceremonie bei der Kranken einen tiefen Eindruck; bei der Familie begründete sie die Idee, dass die K. H. wirklich vom Teufel besessen sei. Diese will zwar seit dem Versuche ihres Bruders sogleich ein unheimliches Gefühl in sich verspürt haben, wusste indess, weil die Idee ihr fremd und durch äusseres Zuthun ihr aufgedrungen war, Anfangs nicht, wie sie dieselbe thatsächlich machen und mit ihren hysterischen Anfällen verbinden sollte. Desshalb hat sie die Sprachweise des Daemons noch nicht gleich organisirt. Sie gibt selbst an, dass sich der rauhe Ton der Stimme, womit sie denselben später debütiren lässt, allmählig ausgebildet habe, sowie auch, dass das dämonische Sprechen erst später und allmählig hinzugekommen sei. Uebung machte sie indess bald zum Meister, und unter begünstigenden äusseren Einflüssen beginnt nun das tolle hysterische Unwesen, wie es Herr Dr. *R.* in seinen Berichten in treffenden Zügen geschildert hat. Insbesondere zeigt sich ein verheiratheter Bruder und dessen Frau — geistig beschränkte Leute von anerkannt abergläubischen Gesinnungen und bigottem Glauben — werkthätig, die Ideen der Besessenheit bei der Kranken und Andern zu nähren und zu befestigen. Ihre Hauptstütze ist dabei die gutachtliche Aussage des früheren Pfarrers H., der, ohne die Kranke nur einmal gesehen zu haben, ihren Zustand für wahre Besessenheit abseiten eines bösen Menschen-Geistes erklärt hatte. Zum Vorspiel späterer Spektakelstücke betreiben sie schon jetzt die fleissige Anwendung des Gebets und sonstiger Heilsmittel, um den bösen Geist zu bannen. Wer bei ihrem Vorgehen nicht ihre Absicht theilt, wird, und wenn es selbst ein Geistlicher wäre, als ungläubig denuncirt. Die Kranke tritt für sie in den Hintergrund und ist ihnen nur, weil sie sich durch das Aufgeben ihrer allenthalben geäusserten Ansicht von den Ursachen der Krankheit in den Augen des Publikums nicht lächerlich machen wollen, das Werkzeug, ihren einmal gefassten, bestimmten Plan mit durchführen zu helfen. Kein Wunder, dass bei der fortdauernden Einwirkung so ungünstiger äusserer Einflüsse die abergläubische, hysterische Kranke, mag sie nun der Ihrigen

Ansicht theilen oder nicht, zuletzt in diese eingeht, zumal sie geständigerweise mit Erzählungen von Besessenen und deren wunderbaren Heilung durch Anwendung mächtiger geistiger Hilfe zur Genüge unterhalten wird und sich wegen ihres ungewöhnlichen Leidens von nah und fern mit steigendem Interesse betrachtet sieht. Aerztliche Hilfe wird von da an für ganz unwirksam gehalten, und Heilung von den Angehörigen der Kranken und dieser selbst nur von der göttlichen Gnade oder der vermittelnden Hülfe in hohen Würden stehender Geistlichen erwartet; ja die Verwandten und die Kranke entschliessen sich nur durch geistliche Vermittlung zur Uebersiedelung und zum Heilversuche in dem Hospitale. Wie wenig indess daselbst gleich von vornherein ein Gelingen desselben als möglich gedacht wird, geht daraus hervor, dass die Kranke sich anfänglich weigerte, irgend einen Aufschluss über die Entstehung ihrer Idee zu geben; dasselbe folgt ferner aus dem Benehmen des oben erwähnten Bruders, der bei einer Zusammenkunft mit seiner Schwester geradezu äusserte, dass sie vom Teufel besessen sei, darum von keinem Arzte geheilt werden könne und der Geistlichkeit übergeben werden müsse, und seine Schwester aufforderte, das ebenfalls zu erklären. Wiewohl dieselbe nun damals und auch einmal bei einer späteren Unterredung diese Ansicht zu bestreiten und zuzugeben schien, dass ärztliche Hülte zu ihrer Wiederherstellung dienlich sein könne, hat sie sich später immer im entgegengesetzten Sinne geäussert und erwartet ihre Genesung nur von einer direkten Intercession Gottes zu ihren Gunsten, oder von der Anwendnng eines mit dem nöthigen geistigen Pompe angestellten förmlichen Exorcismus. Desshalb sind denn auch alle Aufforderungen, dass sie sich selbst durch die Kraft ihres eigenen Gebetes ihrer Ideen entäussern möge, wie sie gelegentlich im Hospitale von dem Herrn Dekan P. auf das bereitwilligste an sie gemacht wurden, nicht allein ganz erfolglos geblieben, sie haben ihr vielmehr hintennach noch zu spöttischen Bemerkungen Veranlassung gegeben, und es ist ihr nicht einen Augenblick ernst gewesen, durch eigenes Zuthun ihrem hysterischen Unwesen ein Ende zu machen und ihren Wahn aufzugeben.

Ebenso haben auch alle Versuche, sie durch Einwirkung auf ihren Verstand von der Absurdität ihrer Annahme zu überzeugen, ein gleich ungünstiges Resultat gehabt. Schien sie den Erörterungen, wie sie zu ihrer Idee gekommen, alle Aufmerksamkeit zu schenken, die Richtigkeit

der Widersprüche ihres Benehmens anzuerkennen und die Prämissen zuzugeben: sowie aus den darauf gebauten Argumentationen ein Schluss gezogen wurde, erlahmte ihre geistige Thätigkeit, und, statt es durch irgend eine Anstrengung kund zu geben, dass sie die nothwendige logische Folge solcher mühsamen Demonstrationen verstanden habe, schwieg sie entweder ganz still, oder, wenn sie auch scheinbar deren Richtigkeit zugab, endeten solche Unterredungen doch immer mit der Aeusserung, dass sie es am besten wissen müsse, wie es ihr sei, und dass sie vom Teufel besessen sei.

Bis jetzt haben einerseits nur eine konsequente Strenge und die Anwendung von Massregeln, welche der Kranken unangenehm waren, z. B. Isolirung auf ihr Zimmer, gelegentliche Diätabzüge und insbesondere die von ihr gefürchtete energische Anwendung des kalten Wassers, andererseits Vergünstigungen irgend einer Art, z. B. Diätzusätze oder die Erlaubniss, die Gesellschaft anderer Kranken aufzusuchen, den Erfolg gehabt, dass sie ihre dämonischen Paroxysmen für kürzere oder längere Zeit bewältigt hat. Weil es denselben an einer mit ihnen in nothwendigem, ursächlichem Zusammenhange stehenden somatischen Basis fehlt, haben alle Versuche, die krankhaft alterirte Thätigkeit der Gangliennerven umzustimmen, die stockenden Regeln zum Fliessen zu bringen und die habituelle Obstruction zu beseitigen, in Bezug auf das körperliche Befinden zwar einen mehr weniger vollständigen Erfolg gehabt, den eigenthümlichen psychischen Zustand jedoch fast ganz unberührt gelassen. Verstummte der Hysterismus für kürzere oder längere Zeit in seiner bestimmten Form, so liessen sich als wirksame ursächliche Momente einer solchen ephemeren günstigeren Gestaltung des psychischen Befindens die vorbemerkten, direkt den Willen der Kranken bestimmenden geistigen Agentien nachweisen.

Es soll hier nicht geradezu behauptet werden, dass die K. H. eine Betrügerin ist, und dass ihre eigenthümlichen dämonisch-hysterischen Anfälle nur das Produkt einer berechneten und konsequenten Simulation sind. Man wird indess zugeben müssen, dass durch die täglich fortgesetzte genaue Beobachtung der ganzen psychischen Individualität der Kranken, während ihres Aufenthalts in der Hospitalpflege, und durch die oben mitgetheilten Data — die Gründe, welche Dr. *R.* aus seinen Untersuchungen *dafür* anführen konnte, dass der psychische Zustand der K. H. *nicht* simulirt sei, an Gültigkeit bedeutend verloren haben.

Abgesehen von dem von ihm in Anspruch genommenen Beweismittel des ganzen Eindruckes, den die Kranke auf den Beobachter machen soll, der am Ende so verschieden ist, als die Individualität des zu Beobachtenden selbst, geht aus K.'s bestimmten Aussagen hervor, dass sie schon *vor* dem Zustandekommen der eigentlichen dämonischen Paroxysmen nicht allein aus der h. Schrift, sondern auch aus einem „alten Buche“, wie sie sagt, Kenntniss von dem Zustande des Besessenseins erlangt hat; auch ihre Angehörigen und namentlich der in der ganzen Sache im Vordergrund stehende verheirathete Bruder der H. haben bei verschiedenen Unterredungen eine hinlängliche Belesenheit über Besessenheit und deren Heilung entwickelt. Es ist weiter nachgewiesen, dass sich die Kranke bei ihren Anfällen oft genug nicht allein einen bestimmten Mangel an Konsequenz, sondern auch eine Verletzung der psychischen Einheit, wie sie von der psychologischen Analyse für den Zustand der Besessenheit postulirt wird, hat zu Schulden kommen lassen.

Thatsache ist allein, dass die Kranke an einer intensiven hysterischen Verstimmung der Unterleibsnerven leidet, durch welche die bekannten krampfhaften Kontractionen der Bauchmuskeln und — anatomisch nachweisbar — die weiteren spasmodischen Erscheinungen in der Action des Zwerchfells, der Respirationswerkzeuge, der Extremitäten u. s. w. bedingt werden; diesen Anfällen mag auch eine, wenn auch beschränkte, Unabhängigkeit von dem Einflusse des Willens vindicirt werden können. Allein sie sind ja bei Hysterischen gar nicht selten, haben aber mit Teufelsspuck wohl nichts zu thun, denn sie waren Monate lang ohne ihn vorhanden und kommen auch jetzt noch ohne jene eigenthümliche Idee und ohne alle dämonische Zuthat, als das gewöhnliche Symptom des Krankheitszustandes der K. H. vor. Wer die Geschichte Hysterischer kennt und weiss, wie solche scheinbar harmlose Kranke mit raffinirter Konsequenz die geschicktesten Beobachter zu täuschen im Stande waren, braucht gerade kein unbedingter Verehrer des Satzes „mulieri ne mortuae quidem credendum est“ zu sein, um nicht auch in dem vorliegenden Falle die Möglichkeit einer Simulation und absichtlichen Täuschung zuzugestehen.

Unsere Kranke ist notorisch nicht zuerst auf die Idee der Besessenheit gekommen; diese ist ihr vielmehr von den Ihrigen suppeditirt worden. Intellektuell und religiös dürftig gebildet, wurde sie in dieser Idee von ihrer Familie unterhalten, weil diese an eine wirkliche Besessenheit

glaubt und sich in hartnäckiger Einfalt einmal vorgesetzt hat, den Instigationen, die in ihren Plan passen, Folge zu geben. Am Ende mag die Kranke dann selbst in den Wahn verfallen sein, dass ein böser Geist in ihr walte. Glaubte sie doch auch früher, dass sie einen Bienenschwarm oder dass sie einen Hund in sich beherberge, und sieht sie doch, dass sie durch die Manifestationen ihres Wahnglaubens von nah und fern mit der mitleidsvollsten Aufmerksamkeit betrachtet wird.

(Schluss folgt.)

Vorlesung über Delirium tremens

von Dr. *G. Johnson*, Professor am Kings College in London.

(Journ. of Mental Science July 1866).

Vf. sagt, dass die hauptsächlichen und allgemeinen Symptome dieser Krankheit eine besondere Form von Delirium darstellen, das von schreckhaften Visionen, Rastlosigkeit, Zittern der willkürlichen Muskeln und hartnäckiger Schlaflosigkeit begleitet sei. Die Ursache der Krankheit sei fast immer Missbrauch alkoholischer Reizmittel; ausnahmsweise werde sie durch wiederholte deprimirende Gemüthsaffekte bewirkt. — Die Sensibilität der Kranken ist, wie bei den Geistesgestörten, vermindert, und sie scheinen ihre körperlichen Leiden nur wenig zu empfinden. Daran muss man denken, sonst werden ernstliche Erkrankungen leicht übersehen.

Die Kranken dürfen in keiner Weise angestrengt werden, weil dadurch leicht schnelle und bedeutende Erschöpfung, sogar plötzlicher Tod herbeigeführt wird. Die Neigung zu plötzlichem Tode rührt von der fettigen Entartung des Herzens her, weil die Trunkenbolde wenig stickstoffreiche Nahrung, aber viel Kohlenwasserstoff in sich aufnehmen.

Diese Entartung der Muskulatur des Herzens ist die konstanteste und wichtigste Veränderung in der Leiche, während das Gehirn und seine Häute gewöhnlich ganz gesund sind. Manchmal sind ihre Gefässe blutreich, und man findet auch serösen Erguss; manchmal, obgleich seltener, ist die Arachnoidea verdickt und undurchsichtig. Es sind jedoch nur gelegentliche und zufällige Befunde, die nicht zum Wesen der Krank-

heit gehören, da sie auch ohne Symptom von Delir. tremens vorkommen, andererseits in der grossen Mehrzahl der tödtlichen Fälle fehlen.

Delir. tremens hängt nicht ab von Entzündung des Gehirns und seiner Membranen, wie man lange Zeit glaubte. Es kann übrigens mit entzündlichen Veränderungen komplicirt sein, und es ist auffallend, dass diese nicht häufiger vorkommen. Wenn wir die ungeheure Masse von Alkohol, die von einem Gewohnheitstrinker konsumirt wird, und seinen nachtheiligen Einfluss auf die Hirnfunctionen in Betracht ziehen, sowie seine grosse Affinität zur Gehirnsubstanz (nach *Percy* erhält man beträchtliche Mengen Alkohol aus dem Gehirn eines dadurch vergifteten Hundes) — so sollte man glauben, dass Entzündung des Gehirns und seiner Häute eine häufige Folge von Alkohol-Intoxikation sei. Jedoch ist es nicht der Fall. „Ich erinnere mich, sagt Dr. *Johnson,* nur einmal in einem Falle, der unter Symptomen von Delir. tremens tödtlich endete, Zeichen von Meningitis, plastische und seröse Ausschwitzung unter der Arachnoidea gefunden zu haben."

Diese Angaben *Johnson*'s werden von andern Beobachtern nicht bestätigt. Dr. *Aitken* bemerkt, dass sich meistens in den Nerven-Centren krankhafte Veränderungen finden, in 92 Proc. der untersuchten Fälle.

Allerdings entartet die Herzmuskulatur; diese Entartung greift aber in allen Muskeln Platz. Die meisten Substanzen, welche aus einem *gesunden* Körper eliminirt werden, bleiben bei Durchtränkung der Gewebe und des Blutes mit Alkohol theilweise zurück; so findet sich oft Fett in grosser Quantität im Blute.

Dr. *Johnson* bemerkt weiter, dass das Delirium aus Erschöpfung und e potu im Wesentlichen denselben Charakter haben. Es trete noch ein Kummer, eine Täuschung, ein Aergerniss, Angst oder Schrecken hinzu, die auf den geschwächten Körper wirken. Das Intoxikations-Delirium, direkte Wirkung des Alkohols im Blute, sei von dem Delirium tremens gänzlich verschieden. Der habituelle Missbrauch der Spirituosa setze die Ernährung des Gehirns und die Körperkräfte herab, und so wirke er prädisponirend zum Delir. trem., mehr als durch direkte Intoxikation.

Drei Behandlungsmethoden sind bei Delir. tremens versucht worden:

1. Die antiphlogistische, welche jetzt allgemein aufgegeben worden ist.

2. Die Behandlung mit Opium, noch sehr allgemein.

3. Dr. *Laycoock*'s eliminative Behandlung, ohne Alkohol und Opium.

Nach Dr. *Laycoock* sei die Anwesenheit des Alkohols im Blute die unmittelbare Ursache der Krankheit, daher müsse das erste Objekt der Behandlung die Entfernung des Alkohols sein. Opium und Alkohol

müssen danach schädlich sein, da ersteres die Elimination hindere, letzterer die Krankheit verlängere.

Dr. *Johnson* aber rühmt die Behandlung mit Opium. Der Kranke müsse in einem Polsterzimmer sich selbst überlassen werden. Sei das nicht möglich, so seien zwei Wärter besser, als die Zwangsjacke. Eine längere Agitation, wie sie durch die Jacke hervorgerufen werden könne, müsse vermieden werden, da die Kranken sehr leicht an plötzlicher Erschöpfung sterben könnten. Der Kranke müsse gut genährt werden. Bei Abneigung gegen Speisen, Uebelkeit, belegte Zunge wird ein Brechmittel aus Ipecacuanha gegeben, dann eine Dosis Kalomel und Coloquinthen, oder ein salinisches Abführmittel, als Vorbereitung für die Nahrung oder das Opium. Dieses wird am besten vor dem Schlafengehen gegeben, in Tinctur zu $^1/_2$—1 Drachme, welche, wie ich glaube, in diesen Fällen besser ist, als die Morphium-Salze. Nach drei oder vier Stunden gibt man, wenn nöthig, eine kleinere Dosis. Man versuche nicht, durch wiederholte grosse Dosen den Schlaf zu forciren. Dies schlägt oft fehl, und der Kranke geht zu Grunde. Ohne Zweifel ist Opium in manchen dieser Fälle kein Schlafmittel. Und nicht allein bei Delirium tremens ist es unsicher in seiner Wirkung. Häufig verhindert es den Schlaf und macht den Kranken schlafloser, als er war.

Eine andere nicht ungewöhnliche Wirkung eines Opiats ist Uebelkeit und Ohnmacht. Auch dessen muss man sich bei Behandlung des Delir. tremens erinnern. Schlägt das Opium nicht an, so darf man es nicht in grossen Dosen weiter geben. Bewirkt es keinen Schlaf, so kann es lähmend auch auf das Herz wirken. Die Symptome sind dann folgende. Der Patient bleibt schlaflos, aufgeregt und delirirt, wird aber rasch schwächer; die Pupillen sind verengt, die Haut ist in Schweiss gebadet. Je mehr das Opium schwächend auf das Herz wirkt, desto weniger wirkt es auf den Schlaf. Dann muss man es sogleich aussetzen und reichlich Branntwein oder dasjenige Reizmittel geben, woran der Kranke gewöhnt war. Auch Chinin in vollen Dosen ist nützlich, so wie reichliche Nahrung.

Chloroform wirkt nach Dr. *Johnson* direkt beruhigend, ist aber nicht nachhaltig. Grosse Dosen von Digitalis missbilligt er gänzlich.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 12. IX. Jahrgang. 1867.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Geschichte einer Besessenen (Schluss). Ein Wort über Hypochondrie. Fälle von Hypochondrie. Das hypochondrische Delirium als Symptom und Vorläufer der allgemeinen Paralyse.

Geschichte einer Besessenen.

Nach den Akten bearbeitet von Dr. A. v. Franque in München.

(Schluss.)

Vom 14. December 1845 liegt folgender Bericht vor:

Das körperliche Befinden der K. H. hat seit dem im Monat August erstatteten Berichte keine wesentliche Veränderung erlitten. Die kleinen somatischen Leiden, über welche K. H. zwischenzeitlich zu klagen hatte, beschränkten sich theils auf Recidive einer bereits früher vorhandenen katarrhalischen Ophthalmie (Anfangs Oktober), theils auf vorübergehende dyspeptische Beschwerden (Mitte September), theils auf eine rothlaufartige Entzündung der Nasenflügel, welche Ende November entstanden ist. Nachdem sich Ende September an den äusseren Geschlechtstheilen ein heftig juckender Ausschlag gezeigt hatte, traten Anfangs Oktober zuerst wieder die Menses ein und erschienen seitdem, jedes Mal um eine Woche nachsetzend, regelmässig zweimal. Noch besteht eine geringe schmerzliche Auftreibung der Drüsen der linken Halsseite. — Sie nimmt Leberthran. — Das psychische Verhalten hat insofern eine neue Phase beschritten, als die Manifestationen der eigenthümlichen Idee seltener auftreten. Im Monate August traten die bekannten Anfälle noch in der früheren Weise auf, es stellten sich theils die Krämpfe der Bauch-

muskeln und des Zwerchfells u. s. w. und somit die bellenden Töne ein (7. Aug.), theils beschränkten sie sich auf die dämonische Sprachweise ohne vorgängige oder gleichzeitige anderweitige Krampfzufälle (11., 12., 13. Aug.), theils äusserten sie sich allein durch die bellenden Töne (16. Aug.), theils endlich in heftigeren Krampfzufällen, Springkrämpfen (15. Aug.), ja in krampfhaftem Niederstürzen auf den Boden und mit grosser Gewalt ausgeführtem Aufschlagen des ganzen Körpers auf denselben. Diese sämmtlichen Zufälle folgten, wie auch früher gewöhnlich, gemüthlichen Aufregungen von Aussen her und konnten bald schneller, bald langsamer durch die bekannten Mittel unterdrückt werden. Liess sich die K. H. in ihrer dämonischen Sprachweise vernehmen, so verfiel sie meist in dieselben lächerlichen Inkonsequenzen, auf die schon oben aufmerksam gemacht wurde. In der letzten Zeit liess sie den Dämon drohend äussern, dass er wegen der gegen die Kranke ergriffenen Massregeln an dem Arzte u. s. w. Rache nehmen wolle, liess ihn auch die getroffenen Massnahmen bespötteln u. s. w.

Nach dem heftigsten Anfalle, der im Hospital beobachtet wurde — am 16. Aug. — welcher offenbar mit einem gereizten und zornigen Gemüthszustand über den verlängerten Aufenthalt im Hospitale im ursächlichen Zusammenhang stand, stellte sich starkes Heimweh und längere Zeit der Ruhe ein. Als die K. H. Anfangs September (3.) zufällig den Geistlichen aus ihrem Fenster im Hofe erblickt hatte, stiess sie wieder die krampfhaften Töne aus, zerkratzte sich an diesem Tage die Handrücken mit einem Messer, und liess den Dämon zeitlich debütiren. Am Tage nachher fand man sie unter ihrem Bette verkrochen; sie gab dämonische Konversationen zum Besten (4. und 5. Sept.). Am 8. suchte sie sich mit einem Strickstocke in dem Munde und in der Nase zu verletzen; am 25. und 26. Sept. liess sie, ohne sonstige hysterische Zuthaten, die bellenden Töne nochmals vernehmen. Als Motiv ihres verkehrten und anscheinend gewaltthätigen Benehmens gegen sich, gab sie nach längerem Zaudern jedesmal einen unfreiwilligen Zwang „durch ihr besessenes Ich“ an.

Ohne weitere bekannte Veranlassung trat Anfangs Oktober der letzte stärkere Anfall ein, der in der Art von den früheren differirte, dass, während die K. H. wiederholt krampfhaft gleichzeitig mit beiden Füssen auf den Boden sprang, sie die Zunge weit zum Munde herausstreckte und wie ein Kalb blökte. Dieses Blöken wiederholte sich auch

in der Nacht vom 6.—7. Oktober, und ist dies der einzige nächtliche Anfall gewesen. Seitdem kam es nicht wieder zu einem kompleten Paroxysmus.

Im Anfange des Monats November erklärte sich die K. H., nachdem sie vorher mehrmals gelegentlich den Geistlichen gesprochen hatte, zum Genusse des Abendmahls bereit. Ehe es noch zu dieser Handlung kam, brüllte sie, sowie sie bei den Vorbereitungen dazu des Kruzifixes ansichtig wurde; die Kommunion wurde desshalb noch verschoben. An demselben Tage übernahm sie indess auf Zureden, ohne sich aber für die Zukunft für einen solchen Dienst verbindlich zu machen, eine Wärterinnenstelle, assistirte am 12. November der Taufe eines Neugeborenen ohne alle Anfechtung und nahm am 16. November mit einer anderen Kranken das Abendmahl. Der einzige Zwischenfall, der sich dabei ereignete, war, dass sie bei dem Genusse der Hostie sich wie ohnmächtig stellte, auf Zureden indess wieder zu sich kam. Seitdem sind bis jetzt alle Manifestationen ihrer eigenthümlichen Idee ausgeblieben und sie hat sich mit gutem Willen und Eifer den ihr übertragenen Obliegenheiten unterzogen, vorzugsweise indess sich gerne mit Kranken ihrer Konfession beschäftigt.

Bei der psychischen Behandlung hat man seither jede direkte Bekämpfung ihrer eigenthümlichen Verkehrtheit unterlassen und deren Aeusserungen nur dann beschränkt, wenn dieselben die Ruhe anderer Kranken gestört haben. Man hat die K. H. unbehindert mit anderen weiblichen Kranken verkehren lassen und ihr die Ansprache des gelegentlich das Hospital besuchenden Geistlichen, wenn sie dazu Neigung verrieth, nicht verkümmert.

Seit der Uebernahme des Wärterinnen-Dienstes ist sie in die Einzelnheiten der Krankenpflege und in den dabei vorkommenden Verrichtungen, wie Blutegelsetzen, Schröpfen u. s. w. unterwiesen worden.

Trotz dieser scheinbar günstigen Gestaltung ihres psychischen Benehmens hat die K. H. jedoch keineswegs ihre fixe und mit ihrer ganzen religiösen Bildung auf das Innigste verwebte Idee aufgegeben. Wenn sie über dieselbe befragt wird, gibt sie, ganz so wie früher, ausweichende Antwort, zeigt sich überhaupt höchst zurückhaltend und erklärte jedes Mal, dass sie nichts weniger als genesen und ganz noch in demselben psychischen Zustande sei, wie bei ihrer Reception in das Hospital. Sie hat ausserdem wiederholt die bestimmte Aussage gemacht, dass sie we-

der im Hospitale, noch von einem Arzte von ihrem Leiden befreit werden könne; dass sie ihre Genesung vielmehr von der göttlichen Gnade und zunächst durch geistliche Vermittlung erwarte.

Vom 14. December 1845 bis zum 16. Februar 1846 blieb die Kr. frei von jedem Anfalle, und man dachte schon auf das wiederholte dringende Gesuch ihrer Mutter daran, sie in die Heimath zu entlassen, als am 16. Februar die Anfälle in ihrer alten Form und Heftigkeit wieder auftraten und sich bis zum 28. März in jeder Woche 1—2mal wiederholten und sogar noch an Heftigkeit zuzunehmen schienen. Als nun die Anfälle von diesem Tage bis zum 1. Mai nicht mehr zum Vorschein kamen, wurde die Kranke versuchsweise zu ihrer Mutter entlassen.

Von dieser Zeit an (Mai 1846) bis zum Juni 1860 blieb die Kranke frei von jedem Anfalle, sowie von jedem anderen körperlichen Leiden, wie aus dem letzten Berichte über dieselbe von Med.-Rath Dr. *G.* hervorgeht. Es heisst dort:

„Sie ist jetzt eine sehr verständige und fleissige Person, lebt in dem Hause ihres Bruders in einer Stube allein, treibt selbst ihren Ackerbau, hält sich eine Kuh und verwaltet selbst ihr ganzes Vermögen in der Art, dass sie in der letzten Zeit sich einige Güterstücke von dem Ersparten angekauft hat. Sie führte bis hierher ein stilles, zurückgezogenes Leben, ging nie an Belustigungsorte und soll dermalen noch ein Feind alles Tanzes und jeglicher öffentlichen Lustbarkeit sein und namentlich auch ihre Verwandten mit grossem Ungestüme davon abzuhalten suchen. Ihre Gesundheit ist bis dato nicht oder nur einmal getrübt gewesen, indem Dr. *F.* sie einmal wegen geringfügigen Leidens in ärztlicher Behandlung hatte. Dass sie jetzt körperlich und geistig gesund ist, dürfte auch noch daraus hervorgehen, dass sie offen ihre Absicht ausspricht, bei der ersten guten Gelegenheit sich zu verheirathen, und namentlich um desswillen sich einen Komplex Güterstücke anschaffte, um einen ordentlichen Mann ernähren zu können, denn, sagte sie, es sei dies das Nöthigste, um eine passende Heirathsgelegenheit finden zu können."

Bei der Bearbeitung der mitgetheilten Krankengeschichte hielt ich mich streng an die in den Akten niedergelegten Thatsachen und erlaube mir zum Schlusse nur noch einige Bemerkungen hinzuzufügen.

Ausser den in der Krankengeschichte selbst näher ausgeführten Anhaltspunkten, dass wir es in diesem Falle nur mit einer Hysterischen

zu thun haben, glaube ich noch folgendes zur Begründung dieser Ansicht hervorheben zu müssen.

1) Wurde die Kranke nie des Nachts, während des Schlafes von ihren Anfällen heimgesucht. Hysterische Paroxysmen kommen nämlich nie des Nachts zum Ausbruche, sondern nur dann, wenn die Kranken durch irgend welche äussere Sinneseindrücke erregt werden, wie unsere Kranke durch das Geräusch des Thürzuschlagens, Holzspaltens, lautes Reden, das Sehen heller Gegenstände u. s. w. Diese Erregung der Sinnesorgane reflektirt sich nach allen Seiten hin auf die den Bewegungen vorstehenden Nerven (Reflexkrämpfe).

2) Hat die Kranke nie während der Anfälle das Bewusstsein verloren. Gerade dadurch, dass selbst bei den hysterischen Paroxysmen das Bewusstsein der Kranken fast gar nicht schwindet, unterscheiden sich die hysterischen Krämpfe so charakteristisch von fast allen übrigen Krampfformen.

3) Gingen die Anfälle nach stattgehabter äusserer Einwirkung immer von einem bestimmten Punkte im Unterleibe aus und verbreiteten sich erst von da aus mehr oder weniger über den ganzen Körper. In meiner Abhandlung über hysterische Krämpfe und hysterische Lähmungen habe ich nachgewiesen, dass die hysterischen Anfälle immer durch bestimmte äussere Einflüsse veranlasst werden, dass sie sich zum Unterschiede von anderen Krampfformen immer von einem bestimmten Punkte aus entwickeln und immer nach einer ganz bestimmten Richtung, welche von der ganzen psychischen und physischen Persönlichkeit der betreffenden Kranken abhängig ist, verlaufen. Diese drei Punkte, welche sich alle bei unserer Kranken nachweisen lassen, halte ich für die charakteristischen Zeichen eines hysterischen Anfalles.

4) Blieben die Anfälle ohne jeglichen Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Kranken; während derselben bemerkt man weder Vermehrung der Pulsfrequenz, noch Erhöhung der Hauttemperatur und nach denselben befindet sich die Kranke so wohl wie zuvor, durchaus nicht angegriffen und abgeschlagen; sie setzt sogar ruhig die angefangene Arbeit, die durch den Anfall unterbrochen wurde, wieder fort. Auch dieses Verhalten spricht für den hysterischen Ursprung der Krämpfe.

5) Sehen wir nie tonische, sondern immer nur klonische Krämpfe bei der Kranken, was ebenfalls sehr zu beachten ist, indem tonische Krämpfe bei den Hysterischen eine äusserst seltene Erscheinung sind.

Was die Behandlung betrifft, so glaube ich, dass man darin anfänglich viel zu energisch verfahren ist, und dass man durch die Venäsectionen. die zahlreichen Blutegel, Schröpfköpfe, Zugpflaster, sowie den längeren Gebrauch der Pustelsalbe die Kranke zu sehr geschwächt hat, ohne auch nur im Geringsten etwas zur Heilung ihres Grundleidens — der Amenorrhoe — gethan zu haben.

Was die spätere Behandlung betrifft, so erhob sich eine lange Diskussion darüber, ob die Kranke in dem Hospitale zu Wiesbaden oder in der Irrenanstalt unterzubringen sei. Man entschied sich für Wiesbaden. Abgesehen nun davon, dass gerade das Hospital zu Wiesbaden mit seinen äusserst beschränkten Räumlichkeiten und mit seiner sehr unzweckmässigen, die Aufsicht sehr erschwerenden Eintheilung, durchaus nicht der Ort ist für eine Kranke, die unter strenger Aufsicht gehalten und zeitweise isolirt werden muss, so glaube ich im Allgemeinen, dass derartige Kranke eher in einer Irrenanstalt, als in einem Hospitale für interne Kranke untergebracht werden müssen. Solche Hysterische, bei welchen neben den verschiedenen körperlichen Symptomen mehr eine in gewisser Richtung abnorme psychische Thätigkeit in den Vordergrund tritt, bedürfen weniger (? Red.) einer somatischen und medikamentösen Behandlung, als einer psychischen und moralischen, die ihnen in einer Anstalt für interne Kranke nicht in ausreichendem Maasse zu Theil werden kann. Der behandelnde Arzt hat nicht die Zeit dazu, und das Wartepersonal nicht die gehörige Erfahrung. In einer Irrenheilanstalt kann sich der Kranke nicht dem Einflusse des behandelnden Arztes entziehen, und diesem steht ein Wartepersonal zur Seite, das sich durch den fortwährenden Umgang mit ähnlichen Kranken eine gewisse Erfahrung und Gewandheit in der Behandlung derselben erworben hat; hier kann der Kranke, je nachdem es nothwendig ist, ohne Aufsehen und ohne andere Kranke zu belästigen und zu beunruhigen, isolirt werden, oder aber in die heitere Gesellschaft der übrigen Pfleglinge mit aufgenommen werden; an mannigfacher Beschäftigung und regelmässiger täglicher Bewegung fehlt es ebenfalls nicht, was unsere Kranke alles in dem Hospitale zu Wiesbaden entbehren musste.

Ein Wort über Hypochondrie.

(Von *M. Delasiauve.* Journ. de Méd. mentale, 1865, 7.)

In den Archives de clinique mentale (1. II.) finden wir einen interessanten Fall von *M. Bourdin.*

M. H. während mehrerer Jahre von hypochondrischen Befürchtungen gequält, erlitt eine apoplektische Kongestien und unterlag nach 6 Monaten der sog. allgemeinen Paralysis. Bestand eine Verbindung zwischen den beiden Symptomen-Reihen? Waren die hypochondrischen Besorgnisse die erste Erscheinung eines Prozesses, welcher sich später durch die Bewegungs-Störungen offenbarte? Das ist möglich, man konstatirt das ziemlich oft. Im vorliegenden Falle möchten wir es jedoch nicht mit unserem Kollegen behaupten. Der moralische Zustand des Mannes, die Unannehmlichkeiten, in welche derselbe ihn in und ausserhalb dem Hause versetzte, konnten gewiss in dem Gehirn einen Krankheitsprozess hervorrufen, der sowohl den Schlagfluss als die folgenden Störungen bedingte, ohne selbst von der Läsion abzuhangen, deren Ursache sie vielmehr gewesen sein konnten.

Aber wir wollten vornehmlich über Hypochondrie sprechen. Wir haben schon oft bemerkt, man darf die sog. hypochondrischen Symptome als Ausdruck eines allgemeinen Deliriums nicht verwechseln mit der Hypochondrie, als partieller Störung, die den Gebrauch der Vernunft nicht ausschliesst, die sich charakterisirt durch eine für sich bestehende fixe Angst vor eingebildeten oder übertriebenen Leiden. Diese fehlt im ersten Falle, während sie im zweiten allen Entschliessungen des Individuums ihr Gepräge aufdrückt. H. liefert davon ein Beispiel. Vor der Kongestion bewegten sich seine Gedanken und Handlungen unabänderlich in demselben Kreis. Im Jahre 1848 führte er ein Tabaksgeschäft, welches ihn anständig ernährte. Dieser Erwerbsquelle durch die Revolution beraubt, wurde er Maler und kämpfte lange mit Muth. Der Horizont verdunkelte sich unglücklicher Weise. Eines Tages kommt H. zu *Bourdin* in geheimnissvoller Weise, und vertraut ihm zögernd, einer seiner Hoden sei ihm dick geworden wie die Faust, die Harnröhre der Sitz einer schmerzhaften Entzündung, ihr Orificium roth; im Becken ein peinliches Hinderniss; dabei grosse Schwäche und vollständige sexuelle Unfähigkeit. Aber die Untersuchung zeigt nichts dergleichen. Auf die

Versicherung des Arztes, dass seine Organe vollkommen gesund sind, scheint H. beim Weggehen etwas ruhiger.

Diese Beruhigung ist nur von kurzer Dauer. H. erneuert und wiederholt bald seine Besuche, immer mehr geängstigt durch die Fortschritte seiner Schwäche. Die Gegenwart fremder Personen verursacht ihm eine sonderbare Unbehaglichkeit. Begegnet er solchen im Vorzimmer *Bourdin's*, so blickt er verstohlen und misstrauisch nach allen Seiten. Er weiss nicht, wie er sich benehmen soll. In den Strassen bleibt er träumend und still stehen, dann geht er unruhig weiter und bleibt wieder stehen. Beunruhigt durch unaufhörliche Gedanken, wird ihm die Beschäftigung schwer, unmöglich. Er empfindet Schwindel und sieht sich gezwungen, das Rechnungswesen aufzugeben, welches er mit einer Anstellung an der Eisenbahn vertauscht. Damit entstehen übrigens, bei seinem Eifer, nur Ermüdungen. Der Schlag traf ihn mitten in seinen Arbeiten.

Dieses Zusammentreffen ist allerdings bemerkenswerth. Es folgt aber keineswegs, dass die kongestive Explosion ein Fortschritt früherer Affection sei.

In solchem Falle ist das hypochondrische Delirium ausgebreitet, remittirend, vielfach, veränderlich. Bei H. bestand eine reine Hypochondrie, ein beschränkter, hartnäckiger Wahn, welcher den Patienten plagte, ausser diesem war die geistige Function ungestört. Auch nahm H. an dem gewöhnlichen Leben vernünftig Theil und, zwar von Wahnideen ausgehend, machte er richtige Schlüsse über den Gegenstand des Deliriums selbst.

Was die Nomenclatur betrifft, so gehört H.'s Hypochondrie also in die Kategorie des partiellen Wahnsinns. Ihre Ursachen sind verschiedene. Bald ist das Vorstellen reine Imagination. Ein Individuum stirbt unversehends an einem Herz-Aneurysma. Die Nachricht erschreckt das Gemüth eines ängstlichen Zuhörers, welcher, frei von Leiden, nun überzeugt ist, dass er an derselben Krankheit leidet; er nimmt seine Zuflucht zu jedem Arzt und zu allen Mitteln. Oefter beruht die Ueberzeugung auf wirklichen, durch die Furcht gesteigerten Empfindungen. Es ist nicht unmöglich, dass die Organe, deren Veränderung H annahm, der Sitz widernatürlicher, fremder Gefühle waren. Die Hypochondrie ist häufig nur ein illusorischer Wahnsinn. Viele von denjenigen, welche sich be-

klagen, dass man sie magnetisire, elektrisire, dass man ihnen schädliche Luft zuführe, deuten sich so ihre Nervenleiden.

Vor 10 Jahren haben wir in der Gazette hebdomadaire eines jungen Mannes erwähnt, der ein Pendant von H. war. Er bildete sich ein, eine an Umfang vervierfachte Eichel zu haben, und versuchte, sie abzutragen. Ein Jahr lang wurde er in einer Anstalt sorgfältig überwacht. Man glaubte ihn geheilt; aber kaum in seine Familie zurückgekehrt, betrog er seine Wärter und opferte sein Organ. Nach 20 Monaten war sein Wahn noch nicht zurückgekehrt.

Diese pathogenischen Betrachtungen sind keineswegs unnütz. Anstatt die Kranken wie Träumer zu betrachten und sich mit einer expektativen Hygieine oder moralischer Behandlung zu begnügen, würde man vielleicht in manchen Fällen durch eine örtliche Behandlung Erfolg erzielen. Das ruhige Abwarten scheint uns in der Psychiatrie bisweilen ein Unrecht zu sein.

Fälle von Hypochondrie.

(Journ. de Méd. mentale 1865, 8.)

1. Physiologische Hypochondrieen.

Als *Falret* Eleve in Montpellier war, besuchte er eine Vorlesung des Professor *Baumes* über die Phthisis. Der Eindruck, welchen die Schilderung dieser Krankheit auf ihn machte, war derartig, dass er lange Zeit von ihr ergriffen zu sein glaubte; erst in Paris wurde er durch das Lächerliche der Sache und grössere Aufklärung von seinen Besorgnissen befreit. Einige seiner Mitschüler sollen dasselbe erfahren haben.

Ein Student der Medicin, innigst überzeugt, er sei von einer Krankheit ergriffen, über welche nur die energischsten Mittel triumphiren könnten, liess sich zwei grosse Moxen setzen, welche weiter nichts thaten, als ihn von seiner Angst zu heilen.

2 Idiopathische Hypochondrieen.

L. 53 Jahre alt, allen Eindrücken zugänglich. Ein Leichenzug

afficirte ihn heftig und liess ihn unwillkürlich an sein Ende denken. Im Jahre 1843 wurde er von einer periodischen Frontal-Neuralgie durch Chinin. sulphur. geheilt. Kurz darauf, nach Unterdrückung von Hämorrhoiden, heftiges Kopfweh, unaufhörliche Todesfurcht. Es genügte, sich für ihn zu interessiren, sich nach seinem Befinden zu erkundigen, um seine Besorgnisse und Weinen zu erregen. Geängstigt durch die geringsten Symptome, befühlte er sich den Puls, das Herz, betrachtete jede Minute seine Zunge und untersuchte aufmerksam den Stuhlgang. Er untersuchte auch den Herzschlag und Puls seiner Frau zum Vergleiche mit dem seinigen. Nach diesen Bestätigungen wollte er sein Testament aufsetzen; Träume Nachts, Träume Tags glaubte er Priester in Procession zu sehen. Träger Stuhl, Blähungen; 15 Blutegel brachten Erleichterung; Bäder und Spazierengehen vollendeten seine Genesung.

Philipp V., König von Spanien, beunruhigte sich aussergewöhnlich über seine Gesundheit. Er war bisweilen 6 Monate lang ohne auszugehen in seinem Bett. Er trug nur Hemden von der Königin, aus Furcht, durch andere vergiftet zu werden. In manchen Augenblicken glaubte er sich todt und war erstaunt, dass man ihn nicht beerdige. Seine Narrheit ging so weit, dass er seine Frau, seinen Beichtvater, seinen Arzt biss und kratzte. Mehrere Tage nach einandes nahm er auf ein Mal eine Büchse mit Theriak. Die Aerzte waren Coquins; sie behaupteten, dass er nicht krank sei, und er starb.

(Diesen Fall würden Andere nicht als Hypochondrie betrachten; er begann aber vielleicht als solche Ref.)

Ein Hypochonder bildete sich ein, dass er immer kalt sei, und dass er nur genesen könne, wenn er sich in's Feuer werfe. *Zacutus* liess ihn in ein Hammel-Fell einwickeln, welches er mit ein wenig Weingeist begoss, den er anzündete, wodurch er genas. (Sehr zu bezweifeln Ref.)

M. J. 60 Jahre alt, Pfarrer wurde im April von Todesfurcht ergriffen, weil alle seine Verwandten in diesem Monat gestorben waren. Mürrisches Wesen, böse Träume, panische Schrecken, langsame Verdauung u. s. w., Empfindung von Nadelstichen, an verschiedenen Stellen, besonders an Händen und Füssen; ermüdendes Geräusch von Trommeln im Ohr; heftiges Kopfweh. M. J. hält sich für verloren. Dieser Zustand dauerte zehn Jahre ohne Besserung. Der Kranke schildert seine

Leiden in herzzerreissender Weise. Im Monat April 1823 glaubte er, dass seine letzte Stunde gekommen sei; er wird bettlägerig, will nicht essen, mit Niemand sprechen. Der Arzt bestimmt ihn nichts desto weniger aufzustehen und sich an den Tisch zu setzen. Kaum hat er etwas genossen, als tüchtiger Appetit sich einstellt. Nach einem reichlichen Mahl zwingt ihn der Arzt, ihn zu begleiten; aber die Angst kehrt bald wieder. Sonderbar! Den 9. April 1826 macht ein Schlaganfall seinem Leben ein Ende. (Ist wenigstens keine reine Hypochondrie. Ref)

Ein Mann von guter Erziehung hatte aus seinem Leben Alles entfernt, was ihn beunruhigen konnte. Diese Philosophie hat ihre Adepten; sie ist nicht ohne Gefahr. Sorgfältig schützt sich jener Mann vor Allem. Selten verlässt er das Haus, und nur per Wagen. Im Sommer kleidet er sich bei der geringsten Kühle wie im Winter. Die Lektüre erfreut ihn nicht mehr, weil sie Aufmerksamkeit erfordert. Er duldet keinen Lärm in seinem Zimmer, das halbdunkel ist. Wehe dem, der an sein Bett tritt, wenn er schläft; es erzürnt ihn. Was seine Nahrung betrifft, so sind die Vorsichtsmassregeln unendlich. Er belauscht den Appetit, wartet die Stunde ab, untersucht die Qualität der Speisen und des Weins, misst die Quantität. Die Sprache hat nicht Wörter genug, um seine Schmerzen auszudrücken. Er ist ein Skelett. Seine Beine schienen ihm von Baumwolle, er ist wie ein Gefangener in seinen Kleidern; seine Nase riecht nichts; sein Gaumen schmeckt nichts. Sein Tod wird schrecklich sein. Wenn man ihm widerspricht, wird er böse, er bittet, dass man ihn in Ruhe lasse.

Um gesund zu werden, hat er Vieles versucht: eine Mütze von gewichstem Taffet, Homöopathie, Somnambulismus, das egyptische Bad, die elektrische Bürste, Doppelstrümpfe von Baumwolle und Wolle u. s. w. Es ist schwer, seine Unterhaltung von dem Gegenstande, der ihn fesselt, abzulenken. Er spricht alsdann mit vieler Anmuth und Einsicht. Bisweilen ertappt man ihn bei einem Fehler. Einst klagte er darüber, dass er das Bein nicht ausstrecken könne. Was könnten Sie besseres wünschen, sagte man ihm? Wahrhaftig, dieses machen, antwortete er, und er führte eine rasche und freie Bewegung aus. Er stimmte ein in das Lachen der Anderen. Ein ander Mal war er traurig, weil er schwindsüchtig sei. Sein Embonpoint ist beträchtlich, man belustigt sich bei ihm; er nimmt die Ironie an. Seltsamer Kontrast! wenn man seinen

Ideen folgt, wenn man ihm beistimmt, dass er blass ist, dass er das Fieber hat, so ist ihm das nicht Recht, er spricht dann von etwas Anderem.

3. Symptomatische Hypochondrieen.

M. 34 Jahre alt, Professor, schildert lebhaft in einem Briefe die Leiden und Beängstigungen, welche er seit 20 Jahren empfindet.

Verschiedene Andeutungen von Gastro - Enteralgie, Schwindel, Heisshunger, bitteres Aufstossen, geschwollenes, blutendes Zahnfleisch, Speichelfluss. Man glaubt an einen Bandwurm. Der Kranke selbst, medizinische Schriften lesend, fürchtete alles Mögliche, Skorbut, Schlagfluss, Tod. Er studirte Jura in Paris, konnte es nicht fortsetzen, ging ins Seminar, sein Kopf wurde mehr und mehr ergriffen. Er kehrte in seine Familie zurück. Absynth beschwichtigte momentan die Magen-Symptome. Eine Liebschaft brachte ihn auf andere Gedanken. Aber, da er die Angebetete nicht erhielt, fiel er in seine Befürchtungen zurück. Flatulenz, mürrisches Wesen. Nachdem er drei Jahre lang bald das Schlimmste, bald das Unbedeutendste gefürchtet hatte, klärte ein von der Akademie ausgesetzter Preis seine Ideen wieder auf. Leider, da er dem Versuche, eine Tragödie zu schreiben, nachgegeben, fiel er zurück. Er lehrte Rhetorik in einem Colleg. Die Ferien brachten ihm etwas Erleichterung. Aber die Erneuerung der Thätigkeit war das Signal neuer Symptome: bitterer Geschmack, Borborygmen, vieles Gähnen; der Tod schien ihm unvermeidlich. Der Brief schliesst mit der Schilderung der letzten Verschlimmerung vor sechs Wochen. Schlaflosigkeit, vollständige Hoffnungslosigkeit, Wunsch zu sterben, welcher Schwachheit er sich dann schämt, Furcht nicht schlafen zu können. „Ich habe, sagt der Kranke, meinen Kopf in meinem Bauche begraben; ich höre Alles, was sich in diesem Theile meines Körpers zuträgt; flüchtige Hoffnungsschimmer verschwinden beim Geräusch eines Borborygmus.“ Die verschiedensten Medikamente sind gebraucht worden. Das, was der Kranke über Alles fürchtet, ist die Abmagerung; er würde sich für alles Geld in der Welt nicht wiegen lassen. Die Diät wurde, aus demselben Grunde, nicht genau beobachtet. *Barras.*

L., 45 Jahre alt, furchtsame Ideen betreffs der Gesundheit. Er geniesst niemals Champignons, sie könnten giftig sein, rührt keine Speise

an, bevor er sich nicht vergewissert hat, dass die Bereitungs-Getässe sauber waren. Angst vor der Zahl 13. Etwas Herzklopfen lassen ihn an ein Aneurysma des Herzens glauben. Diese Idee beherrscht ihn schliesslich ganz. *Broussais* verordnete strenge Diät; Blutegel im Epigastrium. Rückkehr der Ruhe. (*Michéa.*)

M. G. 36 J. alt, war während seines medizinischen Studiums kurze Zeit hypochondrisch. Als Arzt widmete er seine Zeit theils der Praxis, theils dem Studium auf seinem Zimmer. Seine Gesundheit war blühend. Eine bedeutende Erbschaft unterbricht seine gewohnte Lebensweise. In üppiger Musse ermattet seine Körperkraft: Appetitlosigkeit, Steigerung der Sensibilität, Brust- und Herzkrämpfe. G. fürchtete eine organische Krankheit und wagte nicht, sich schlafen zu legen, Nahrungsmittel zu sich zu nehmen; er glaubte, dass er an zurückgetretener Gicht leide. Kollegen liessen ihm Blutegel ansetzen; er hätte lieber einen Aderlass und sechs Moxen auf der Brust gehabt. *Louyer.*

Villermay nimmt einfache Nerven-Affection an, welche durch die Unthätigkeit unterhalten werde. Nach langem Zögern versteht sich G. dazu, auf dem Lande seine Thätigkeit wieder zu beginnen; er erholt sich augenscheinlich. (*Delasiauve.*)

Madame B. 32 J. alt, konnte nicht ohne tiefes Ergriffensein einen Leichenzug sehen. Sonst war ihre Gesundheit stets gut gewesen. In der ersten Schwangerschaft empfindet sie Zusammenschnürungen in der Kehle, die rasch durch Blutegel und Valeriana beseitigt werden. Bald nachher Zerren im Epigastrium, Magenbeschwerden, ein dumpfes Gefühl, das sich nach dem Rücken zieht. Mittlerweile hört Madame B., dass eine Cousine, schon lange dazu bestimmt, an der Lungenschwindsucht gestorben sei. Sie hatte sie nicht besuchen mögen; solche Angst verursachte ihr die Idee des Todes. Seitdem, sobald die Magenbeschwerden eintreten, glaubt sie an die Krankheit ihrer Cousine, meint von ihr angesteckt zu sein, klagt unaufhörlich und kommt erst nach Aufhören des Paroxysmus zur Ruhe. Bäder, kräftige Bouillon, Bordeaux, Pillen aus Zink und Castoreum haben das Magenleiden beschwichtigt und die Ruhe des Gemüths dadurch wieder hergestellt.

4. Hypochondricen zweifelhafter Natur.

M. 18 J. alt, ergibt sich leidenschaftlich der Onanie. Verdauungsstörungen, ein Hautausschlag. Seine Kameraden, die seine Excesse vermuthen, machen sich über ihn lustig. Er liest Tissot und bildet sich ein, alle Zeichen zu haben, welche nach jenem Arzte bei Masturbanten vorkommen. Er ändert die Art der sexuellen Befriedigung, sieht Frauen und wird syphilitisch. Obgleich geheilt, glaubt er stets, dass er an den Folgen leide, die ihn bei einem Bekannten erschreckt haben. Rückkehr der ersten Zufälle: Kopfschmerz, Ohrenklingen, Schwächezustände. M. wird gleichgültig und muthlos. Er hält sich für brustkrank, für verloren. *Robert Latour* operirt ihn 5, 6mal wegen seiner Samen-Verluste. Diese Behandlung, welche er standhaft erträgt, bringt ihm vorübergehende Erleichterung. Ein verdächtiges Schwitzen stellt sich mit Abmagerung ein. Seine Angst ist gross. *Michéa* wird konsultirt; der Kranke befolgt nachlässig die ärztlichen Vorschriften. Er behauptet, sich übel dabei zu befinden. In Verzweiflung denkt er an Selbstentleibung; die Reflexion bringt ihn davon zurück. Er entschliesst sich, kalte Bäder zu nehmen. Ihre gute Wirkung wirkt auf sein Gemüth. Er ernährt sich von Fleischbrühe, trinkt guten Wein; rasche Fortschritte zur Heilung. M. ist wieder als Kaufmann thätig, wohl gestehend, dass stets der Gedanke in ihm sei, er werde beständig ein elendes und armseliges Leben führen.

Lucie M., 50 Jahre alt, wird am 11. Februar 1840 in der Irren-Abtheilung des Hospitales zu Tours aufgenommen. Sie war von ländlichen Vorurtheilen eingenommen; hatte schon früher, während einer Schwangerschaft, einen Anfall von Irresein gehabt. Seit zwei Monaten hatte sie Stiche im Magen und nervöse Störungen. Ueber die Ursache derselben nachdenkend, erinnerte sie sich mal aus einem Quell, an welchem drei Spinnen umherkrochen, getrunken zu haben. Nun zweifelte sie nicht, dass sie diese verschluckt habe. Seitdem steigerten sich ihre Leiden; der Teufel mischte sich mit hinein. Ueberall ist sie von Spinnen umgeben. Schlangen, Thiere aller Art nagen und fressen an ihr.

Man verordnet ihr ein Drasticum, welches sicher die Spinnen tödten und entfernen werde. Man bringt in den Nachttopf drei todte Spinnen. Aber, nach augenblicklichem Schwanken und Zweifeln, bemerkt sie, dass die Spinnen Junge in grosser, stets wachsender Zahl bekommen haben.

Widerspruch versetzt sie in Wuth. Man nimmt ein zweites und drittes Mal ohne Erfolg zu demselben Experimente seine Zuflucht. Man schreitet zur Oeffnung des Magens durch einen Einschnitt auf dem Rücken. Sie glaubt, dass man lebende Spinnen entfernt, sie fühlt, wie sie herauskriechen, und man zeigt sie ihr auf den Betttüchern und Decken. Auch das hilft noch nicht; man wiederholt die Einschnitte auf dem Rücken und im Epigastrium. Die Wirkung ist nur eine augenblickliche. Lucie verlangt, dass man ihr den Leib aufschneide. In den Anfällen von Verzweiflung versucht sie, sich aus dem Fenster zu stürzen und sich zu erdrosseln.

Nach ihrer Berechnung sind mehr als 200 Spinnen durch die Wunden herausgekrochen, aber sie glaubt, dass noch welche bei ihr sein. Der Arzt erklärte endlich, dass sie von Allen befreit sei und man beweist ihr das durch neue Einschnitte, bei denen keine mehr herauskommen. Ihre Ruhe kehrte in der That nach und nach zurück.

Im Oktober erfährt sie plötzlich den Tod ihres Mannes. Der obgleich harte Schlag erschütterte sie nicht. *) Leider, nach ihrem Austritte aus dem Hospital, da sie in Armuth lebte, erlitt sie einen Rückfall, von dem sie sich allmälig erholte unter der Wirkung der Isolirung, der Uebergiessungen, Douchen, Narcotica und ableitender Mittel.

(*Charcellay.*)

Das hypochondrische Delirium als Sympton und Vorläufer der allg. Paralyse.

Nach *Baillarger* (Arzt in der Salpêrtière zu Paris und Mitbesitzer der Privatanstalt zu Irry) ist die von Melancholie begleitete allg. Paralyse während der ersten Periode oft schwer von einfacher Melancholie zu unterscheiden (d. h. also wenn die charakteristischen motorischen Störungen noch fehlen). Doch sind nach ihm gewisse Wahnvorstellungen dabei so häufig, dass man ihnen eine besondere Beziehung zuschreiben möchte, so der Wahn, dass die Organe verändert, zerstört, der Kör-

*) Man beobachtet Solches öfter. Starke Geistesbewegungen sind ableitend. Rückfälle erfolgen namentlich bei körperlicher Entkräftung.

per verfault, der Schlund verstopft, der Magen angefüllt sei, dass diese oder jene Organe fehlen, dass die Augen, der Mund sich nicht öffnen könnten. Daher denn auch Nahrungs-Verweigerung. Bei der so beginnenden allgemeinen Paralyse trete oft in sehr früher Zeit Decubitus ein.

Nach *Baillarger* ist bei den *Männern* die Häufigkeit der Paralyse in allen Klassen gleich; bei den *Frauen* dagegen sei sie in der wohlhabenden Klasse sehr selten, in der armen Klasse sehr gewöhnlich.

Auf ein hypochondrisches Vorstadium der allg. Paralyse ist auch schon von deutschen Irrenärzten aufmerksam gemacht worden. Die psychischen Symptome bleiben manchmal *lange Zeit* die einzigen, bevor paralytische hinzutreten.

Michéa findet, dass das prodromale hypochondrische Delirium bei Dement. paralyt. mit Zuständen von Hyperästhesie und Analgesie zusammenhängt, und besonders dem Verluste des Bewusstseins der Persönlichkeit eine hochgradige Analgesie zu Grunde liegt. Er theilt zwei Beobachtungen mit. In dem 2. Falle sprach ein Paralytiker, welcher wähnte, seine Körpertheile gehörten nicht ihm an, so lange bei ihm Analgesie bestand, von sich in der dritten Person und, als diese schwand, in der ersten.

Man muss festhalten, dass die psychischen Symptome im Beginn und Verlaufe der Paralyse sehr verschieden sein können. Der Inhalt der Wahnideen ist für die Diagnose nicht entscheidend. Grössen-Ideen *mit* geistiger Schwäche sind dagegen verdächtig, auch wenn motorische Störungen noch fehlen.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.



Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. Friedrich Betz in Heilbronn a/N.

Zehnter Jahrgang 1868.

Heilbronn

Druck und Expedition der Schell'schen Buchdruckerei.

Inhalt.

I. Original-Abhandlungen.

Seite

Ueber die sog. Pseudo-Paralyse 1
Der Umschwung in der Psychiatrie 17
Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung . . 81, 97, 113
Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren . . 123, 129, 156, 179
Gheel und seine Bedeutung für die praktische Psychiatrie . . 136, 145
Die neue landwirthschaftliche Colonie bei Colditz 161

II. Kleinere Mittheilungen und Excerpte.

Forensische Fälle von Mord- und Mordversuchen 33
Fall von Mordsucht 36
Die Rheinische Heilanstalt Siegburg 37
Aneurysma der Carotis int. 42
Das Irresein auf Cuba 55
Zur Casuistik 59
Digitalis gegen Hallucinationen 62
Die Irrenabtheilung des Zellengefängnisses zu Bruchsal . . . 75
Thesen, betr. *Griesinger*'s Reform-Vorschlägen 78
Marsberg, im Jahre 1867 . . . . 127, 142
Erwiderung an Dr. *Feld* 157
An die Redaction des Irrenfreundes 159
Die westpreussische Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz . . . 184
Hephata, evangelische Heil- und Pflege-Anstalt in M. Gladbach 189

III. Literatur und Referate.

Seite

Dr. *R. v. Krafft-Ebing*, Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten . . 7

Aus den Sitzungen der Berliner mediz. psychologischen Gesellschaft (Archiv f. Psychiatrie) 35

Vierteljahrsschrift für Psychiatrie 42, 191

Die Dysphrenia neuralgica, eine klinische Abhandlung etc. von Dr. *Schüle* 49, 65

The Care and Treatment of the Insane Poor 62

Pavilion Asylums 63

Nr. 1. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ueber die sog. Pseudo-Paralyse. — Literatur. — Anzeige.

Ueber die sog. Pseudo-Paralyse.

Als man zuerst das paralytische Irresein von den übrigen Irreseinsformen als eine besondere Form trennte, galt der *Grössenwahn* als fast identisch mit ihr, wenigstens als ihr hauptsächliches Symptom, ohne welches sie nicht vorkomme. Namentlich in Frankreich, von wo die ersten Notizen über die Paralyse der Irren ausgingen, und wo diese ihre stärkste Verbreitung hat, nimmt man noch jetzt gern diese Form an, wenn bei einem neu aufgenommenen Kranken Zeichen eines ambitiösen Deliriums auftreten, welches *Bayle* als das erste Stadium der Paralyse bezeichnete. Nach Erweiterung der Beobachtungen weiss man indessen, dass, obgleich der Grössenwahn in seinen verschiedenen Gestalten immerhin ein sehr verdächtiges Symptom ist, er doch auch andern Zuständen, als grade der Paralyse, angehört, dass diese auch ohne ihn vorkommt, ja selbst mit Delirien von ganz entgegengesetztem Charakter, mit melancholischen oder hypochondrischen Wahnideen, allein oder, häufiger, in Verbindung mit Grössen-Ideen, oder von vornherein mit psychischer Schwäche, ohne hervorstechende Wahnideen. Die psychischen Erscheinungen allein, so sehr auch irgend ein Fall an beginnende Paralyse erinnern möge, sichern also die Diagnose nicht.

Im Sommer 1865 wurde mir ein junger Mann zugeführt, über dessen früheres Leben ich Genaues nicht erfahren konnte. Deutscher von Geburt hatte er lange Zeit in Frankreich gelebt; er liebte den französischen Wein und die französischen Mädchen, war kurz vorher in der Irren-Anstalt Marseille gewesen, kam von da nach Paris, lebte dort sehr flott, gerieth in Konflikte mit der Polizei und wurde als Irrer nach Deutschland gebracht. Er war ein schlanker, schöner, eleganter Mann; körperliche, extracerebrale Leiden und Störungen fanden sich nicht vor, ausser Orchitis. Er kam an in einem erregten Zustande, war gesprächig, laut, lärmend, lachte viel, war sehr heiter, gleich mit Jedem bekannt. Er schien unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen zu stehen. Er wurde bald ruhiger und konnte bei seinem harmlosen, freundlichen, gefälligen Wesen an der Gesellschaft der übrigen Kranken Theil nehmen. Stets vergnügt fand er sich leicht in die Anstalts-Verhältnisse, ohne sich nach grösserer Freiheit und nach den Seinigen zu sehnen. Seine Erzählungen bewiesen, dass er sich für etwas Besonderes hielt, und nachher sprach er öfter die Vermuthung aus, er sei der Sohn Louis Philipps. *Man sage es*, und daher sei er in Paris mit der Polizei in Konflikt gerathen.

Obgleich motorische Störungen sich nicht nachweisen liessen — manchmal allerdings schienen in der Rede des Kranken Artikulationsfehler vorzukommen — so glaubte ich doch, Anbetrachts der Form der psychischen Störung und der Antecedentien des jungen Mannes, eine beginnende Paralyse vor mir zu haben.

Aber der Fall verlief anders, rasch und günstig. Die Exaltation mässigte sich allmälig, und nach drei Monaten wurde Patient geheilt entlassen. Er hatte zwar nie die Anerkennung seines Irreseins geäussert, er verrieth auch ein verdächtiges Drängen aus der Anstalt nach grösserer Freiheit, aber er ist bis heute, $2\frac{1}{2}$ Jahr nach seiner Entlassung, gesund geblieben, als Kaufmann thätig.

Man nimmt allgemein an, dass, wenn mit den psychischen Symptomen, zumal mit Exaltation und Grössenideen, gewisse Motilitätsstörungen sich verbinden — Störungen der Artikulation und Aussprache, fibrilläre Zuckungen in den Lippen und Wangen, Pupillen-Differenz, Zittern und Parese der Arme, der Beine — dass dann die Prognose eine sehr fatale sei, d. h. Paralyse vorliege. In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle wird bei einem solchen Symptomen-Komplexe die

Diagnose und Prognose auch richtig sein, d. h. wir haben es mit einem anatomischen, destruktiven Central-Leiden zu thun, und der Fall wird nach einem oder mehreren Jahren tödtlich enden.

Aber einzelne Fälle dieser Art sind den Berichten nach geheilt worden. Wir finden einen solchen in Nro 10 des vorigen Jahrgangs d. Bl., p. 159. In der allg. Zeitschr. für Psychiatrie 16. Bd. p. 534 findet sich folgender, nach der Gaz. méd. de Paris.

N. 42 J. alt, verheirathet, ward nach Verlust von Vermögen und eines Kindes melancholisch. Anfang 1848 „epilepsieartiger" Anfall, bald von mehreren gefolgt. Schwere Sprache, Armmuskeln so schwach, dass er nicht mehr schreiben konnte; 1858 Aufnahme in's Asyl. Sehr aufgeregt, stets in Bewegung, Geschwätzigkeit. Inkohärenz der Vorstellungen, allg. Delirium, Pupillen kontrahirt; einige Tage nachher die des linken Auges grösser; partielle Lähmung aller Glieder. Ideen von Reichthum, Rang, Macht beherrschen ihn mehr und mehr; allgemein stumpfe Sensibilität. Lähmung erstreckt sich bald auf die Sphinkteren der Blase, des Mastdarms; die der Sprache an gewissen Tagen markirter. Das Gedächtniss für kürzlich Erfahrenes fast gänzlich verloren. Exkoriationen an verschiedenen Stellen. — Wiederholte Purganzen, Haarseil im Nacken. Im Nov. 1858 Versetzung in eine andere Anstalt. Nach einiger Zeit (?) Besserung, und genesen entlassen einige Monate nachher. —

Aus der eigenen Praxis führe ich folgenden Fall an:

Pat., Beamter, 36 Jahre alt, kräftig gebaut. Familiäre Anlage zu Psychosen. Onanie. Corona syphilit. Excessus in potu 14 Tage vor der Aufnahme im Asyle. Verschiedene mit Hallucinationen verbundene Wahnvorstellungen, theils dem Grössenwahn angehörend, theils falsche Selbstanklagen und Annahme von Neckereien, Verspottungen und Verfolgungen. Pat. glaubte, er werde die Rolle Bismarks spielen oder einen solchen mit einer Gräfin erzeugen; er sei durch Protection des Kronprinzen Legationsrath geworden, dieser schicke ihm neue Kleider u. s. w. Solche Ideen stimmten ihn sehr heiter; er ging auch einmal in die Kirche, um Gott für die Berufung zu danken. Andere Mal glaubte er an Verfolgung, Ausschliessung aus der Gesellschaft, Verspottungen, Disciplinar-Untersuchung, Verhaftung. Aufs höchste geängstigt wollte er kurz vor der Aufnahme im Asyle aus seinem Orte entfliehen, wurde aber von Freunden zurückgehalten, die ihn ärztlicher Behandlung über-

gaben. Auf der Reise hierher glaubte er bald, Seitens des Kronprinzen und verschiedener gräflicher Familien überwacht, bald durch seinen Begleiter zum Selbstmord getrieben zu werden.

Im Asyle beunruhigten ihn in den ersten Wochen alte und neue Ideen. Der Grössenwahn sprach sich nicht deutlich aus; Pat. wusste nicht recht, ob die Protection des Kronprinzen Wahrheit oder Traum sei. Die finsteren Ideen prävalirten. Oefters Gehörshallucinationen. Hastige Sprache. Einzelne Buchstaben wurden sehr undeutlich ausgesprochen. Oefters stockte die Rede, der Kranke wiederholte das unmittelbar vorher Gesagte oder fragte auch wohl, „was wollte ich doch sagen?“ In den zur Oberlippe laufenden Gesichtsmuskeln *häufig* fibrilläre Zuckungen, die auch vom Kranken selbst wohl gefühlt wurden. Einmal fand ich die rechte Pupille weiter, als die linke.

Die Antecedentien des Kranken, die Excesse, der Komplex der psychischen, sensorischen und motorischen Symptome liessen mich beginnende Paralyse vermuthen, auch da noch, als nach ungefähr 4 Wochen Pat. geistig klarer wurde, die Hallucinationen und früheren Wahnideen als solche erkannte. Nun trat eine bis dahin, so lange Pat. auf seinem Zimmer war, nicht bemerkte grosse Reizbarkeit im Verkehr mit anderen Kranken auf, denen gegenüber er sich zu überheben schien, ein etwas anmassendes, auch lautes Wesen. Entsprechend der geistigen Besserung, dem Erkennen des Irrthums und der Krankheit hätte ich eine Sehnsucht des Kranken nach Rückkehr in seine amtliche Stellung erwartet. Aber er sprach darüber nicht, er schien sich in der Fremde wohl zu gefallen. Die leisen Zuckungen im Gebiete des Facialis traten noch auf. Körperlich erholte sich Pat. sichtlich. Nach 5 Monaten verliess er geheilt die Anstalt, dankbar gegen den Arzt; auch die Zuckungen im Gesicht hatten aufgehört.

Ich zweifle nicht, dass den Aerzten grösserer Asyle häufiger solche Fälle mit gleichem Verlaufe vorgekommen sind. Waren das nun wirkliche Fälle von Paralyse, die ausnahmsweise in Genesung übergingen, oder lag ihnen ein centrales Leiden anderer Art zu Grunde, das der Rückbildung fähiger ist? Das ist nicht zu entscheiden. Es ist daher praktisch wichtig, durch den sonst ganz bedeutungslosen Ausdruck „Pseudoparalyse“ daran zu erinnern, dass wir uns nicht *sogleich* durch jenen verdächtigen Symptomen-Komplex, namentlich nicht durch *einzelne* ungünstige Phänomene, die man gewöhnlich in der wirklichen Paralyse

beobachtet, zu einer fatalen Prognose verleiten lassen sollen. Wir müssen die etwas kompromittirende Nothwendigkeit vermeiden, ein Urtheil zurückzunehmen, das die Familie des Kranken erschreckte oder betrübte, das sie vielleicht zu Massregeln veranlasste, welche nach der unerwarteten Genesung des Kranken überflüssig oder sogar nachtheilig werden.

Das Symptom des *Grössenwahns* ist nicht so wichtig, wie die *Gedächtnissschwäche.* Ich habe diese in den von mir beobachteten verdächtigen Fällen, die man als Paralyse nehmen konnte, nicht oder nicht deutlich ausgesprochen gefunden, während in dem, der Gaz. méd. de Paris entlehnten, Falle bedeutende Schwäche des Gedächtnisses bestand. Es heisst gewöhnlich, dass in der Paralyse die Reproduction des Vorstellens für kürzlich Erlebtes, für das *nach* Ausbruch der Krankheit Geschehene mangelhaft ist, während ältere Ereignisse und Erlebnisse besser vorgestellt werden. Durchgängig, in *allen* Fällen wirklicher Paralyse, ist dieses aber nicht so; ich habe augenblicklich einen Kranken, der sich vieler Kleinigkeiten nach der Aufnahme im Asyle deutlich erinnert, während er andererseits Vorstellungen über ältere Verhältnisse und Ereignisse nicht oder lange Zeit nicht äussert. In den Fällen wirklichen paralytischen Irreseins, die ich beobachtete, habe ich vom ersten Augenblicke der Beobachtung an eine, bald so bald anders sich zeigende, *andauernde mangelhafte Reproduction des Vorstellens* verschiedenen Grades wahrgenommen, welche die Kranken, mochten sie exaltirt oder deprimirt sein, und welches auch der Inhalt ihres Vorstellens war, gleichzeitig geistig schwach, albern, verrückt erschienen liess, oder interesselos in ihren nächsten Beziehungen, im hohen Grade gleichgültig und willensschwach. Es beruht ja eben das Gefühl und der Wille auf der Intensität des Vorstellens, und diese auf der lebhaften Reproduction, Association und Summirung des Vorgestellten. Also der psychischen Schwäche ist eine grössere Bedeutung beizulegen, als dem Grössenwahn. *)

Man legt mit Recht grosses Gewicht auf die motorischen Störungen im Gebiete des Facialis und Hypoglossus. Man darf dabei nur nicht vergessen, dass Eigenthümlichkeiten der Mimik, der Bewegung der Lippen, der Artikulation und Aussprache auch zum Natürell des Kranken

---

*) Derselben Ansicht ist Dr. Westphal, Archiv f. Psychiatrie, 1. Band, 1. Heft, p. 47.

gehören können, und man muss sich daher vergewissern, ob sie nicht schon *vor* der psychischen Störung bestanden, also von dem Gehirnleiden ganz unabhängig sind. In dem obigen Falle des Beamten, über den ich einem verehrten, erfahrenen Kollegen Mittheilung machte, legte dieser auf die Zuckungen der Gesichtsmuskeln deshalb weniger Werth, weil auch der Vater des Patienten „manches Unwillkürliche an Leib und Seele" gezeigt habe.

Auch sind die fibrillären Zuckungen im Gesicht nicht allein dem paralytischen Irresein eigen. Ich beobachtete sie z. B. in einem Falle periodischen, der Folie circulaire ähnlichen Irreseins, im Stadium der Aufregung, *nach* der Beruhigung des Patienten nicht mehr.

Diese Zuckungen und Eigenheiten der Sprache können auch Wirkung des *Affektes* sein, also prognostisch gar nicht schlimm. Wir haben daher zu beobachten, ob sie auch bei ruhiger Stimmung des Patienten vorhanden sind; ist das nicht der Fall, so kann man sie durchaus nicht als sichere Symptome der Paralyse betrachten; wir müssen dann mit der Diagnose noch zurückhalten. Auch sonstige motorische Störungen, in den Extremitäten, Pupillen - Differenz etc. dürfen nicht sogleich als Symptome der Paralyse betrachtet werden. Sie können gleichfalls zum Normalzustande des Kranken gehören, *vor* der psychischen Störung bestanden haben, von lokalen oder sonstigen Ursachen abhängig sein, die mit dem paralytischen Central-Leiden nichts zu thun haben. Andrerseits ist von Dr. *Westphal* auf den Ausbruch paralytischen Irreseins *nach* Symptomen von Tab. dorsual. aufmerksam gemacht worden. *)

Zu den häufigen Ursachen des paralytischen Irreseins wird der Missbrauch der Spirituosa gerechnet Man ist daher geneigt, nach Excessen in Bacho, wenn verdächtige Symptome auftreten, an Paralyse zu denken. Es sind aber grade Fälle nach solchen Excessen, die, der Paralyse ähnlich, ganz anders, d. h rasch und günstig verlaufen. Wir haben hier das Stadium der oft hochgradigen Erregung abzuwarten, in welchem ausser zitternden Bewegungen in verschiedenen Muskelgruppen, ausser unwillkürlichem Harnen, wo man an Lähmung der Blase denkt, auch Grössenideen auftreten.

Diese Bemerkungen mögen genügen, um vor der voreiligen Diagnose

---

*) Vergl. Irrenfreund, 1864 Nro 2, p. 29.

der Paralyse zu warnen, deren häufiges Auftreten in der jüngsten Zeit, in Verbindung mit der reichhaltigen Literatur über diese Irreseinsform, zu einer solchen Voreiligkeit wohl geneigt macht.

Literatur.

Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Eine klinisch-forensische Studie von Dr. *R. v. Krafft-Ebing* in Illenau. Erlangen. F. Enke. 1868.

Abermals liegt uns aus der Feder des fleissigen Verf. eine gründliche und lehrreiche Arbeit vor, die wir allen praktischen Aerzten empfehlen dürfen. Wir geben daher in Folgendem den Haupt-Inhalt der Broschüre wieder und behalten uns vor, später noch eine oder die andere klinische Beobachtung den Lesern unsers Blattes mitzutheilen.

Vf. macht uns zunächst in dankenswerther, von grosser Belesenheit zeugender Weise mit der Literatur des Gegenstandes bekannt. Eine genauere Durchsicht der bisher veröffentlichten Krankengeschichten zeigte ihm, dass sie vielfach ungenau und nur für Entscheidung gewisser Fragen brauchbar waren, und dass nur eine neue sorgfältige Kasuistik Licht verbreiten konnte. Er hat in seiner Arbeit daher alle Fälle ausgeschlossen, in denen der Zusammenhang zwischen Ursache und Folge kein deutlicher, oder die Ursache eine gemischte war. Es ergeben sich ihm drei verschiedene Reihen von Fällen.

1. Fälle, wo die Seelenstörung die alleinige, direkte, meist unmittelbare Folge der Kopfverletzung ist (5 Krankengeschichten).

2. Fälle, wo auf eine Kopfverletzung nicht sofort die Seelenstörung folgt, sondern ein Stad. prodomor. mit vorwaltenden Erscheinungen gestörter Function der Sensibilität und Sinnesthätigkeit den Zusammenhang vermittelt, während das psychische Leben gar nicht verändert ist, oder nur Aenderungen der Stimmung, der Neigungen, des Charakters darbietet (10 Beobachtungen).

3. Fälle, wo eine Gehirnerschütterung nur eine Prädisposition zu psychischer Erkrankung hinterlässt, auf der sich (zuweilen erst nach sehr

langer Zeit) durch das Hinzukommen occasioneller Momente eine Psychose entwickelt (9 Beobachtungen).

Die erste Gruppe bezeichnet Verf. als primäres traumatisches Irresein, das unmittelbar aus dem durch die Erscheinungen der Commotio oder compressio cerebri gebildeten Krankheitsbild hervorgeht. Die anatomischen Bedingungen sind direkt durch das Trauma gegeben: molekuläre, durch die Erschütterung gesetzte Hirnveränderungen oder Blutextravasate, Frakturen der Glastafel mit folgender Meningitis oder Encephalitis und endlichem Ausgange in Hirnatrophie, — welche Annahme zwar durch die Krankheitsgeschichten keine direkte Bestätigung, aber in dem klinischen Verlaufe der Fälle eine Stütze findet. Denn ausnahmslos bieten sie das Bild eines primären Blödsinnes (mit grosser Bewusstseinsstörung, Reizbarkeit und hochgradiger Reduction der psychischen Functionen), der bis zu einem gewissen Grad zurückgehen kann (Resorption u. s. w) oder bis zu den äussersten Grenzen des apathischen Blödsinns vorschreitet. (Fortschritt der Meningitis und Encephalitis bis zur Atrophie des Gehirns.)

Im Verlauf der progressiven Dementia können auch vorübergehend Grössendelirien mit maniakalischer Erregung, oder Angstzustände erscheinen; ferner motorische und sensible Störungen verschiedener Art.

W. 51 J. alt, Wagner, früher geistig und körperlich gesund, wurde im November 1856 zu Boden geschleudert. Unverletzt ging er nach Hause, klagte aber über Betäubung und wurde am folgenden Tage bewusstlos, blieb es neun Tage lang (beständig kalte Umschläge). Er klagte dann über heftiges Sausen im Kopf; sein Gedächtniss hatte sehr gelitten und nahm immer mehr ab; profuse Salivation, bis zu 24 Unzen täglich; fortschreitende geistige Abstumpfung. Im November 1857 ängstliche Unruhe mit Ideen verloren zu sein, keine Gnade mehr zu finden, während deren Dauer die Salivation sich bedeutend minderte. Anfangs Januar 1858 legte sich diese Erregung, die Salivation erreichte wieder ihre frühere Höhe; Pat. wurde still, ruhig, apathisch, klagte häufig über Schwäche im Denken, Schmerzen und Brausen im Kopfe. Er wurde am 5. Febr. im Zustande vorgeschrittenen Blödsinns in Illenau aufgenommen. Am Kopf keine Spuren von Verletzung; Salivation; Brausen im Kopf, Schwäche der Glieder und des Gesichts. Zeitweise noch ängstliche Erregung; allmälig ein ganz stationärer, apathischer Blödsinn mit fast völliger Aufhebung des Bewusstseins. Uebersiedelung in die Pfleganstalt.

Den Fällen der zweiten Gruppe (Stad. cerebraler Reizung, psychische Anomalien oder sensorielle und sensible Störungen, in der Regel beide zugleich, *vor* Entwicklung der Psychose, nach dem Trauma) liegen verschiedene Läsionen zu Grunde, heerdartige Erkrankungen, Knochensplitter, Knocheneindrücke, Kontusionen der Häute und des Gehirns, die chronisch-meningitische Prozesse, encephalitische Heerde, Blutextravasate setzen, von denen aus dann diffuse Erkrankungen der Häute und des Gehirns ausgehen; in andern Fällen disponirt das Trauma das Gehirn zu häufigen Kongestionen, die spontan oder durch Alkoholexcesse etc. auftreten und Meningeal- und Cerebral-Erkrankungen herbeiführen.

Die Zeit zwischen Trauma und dem Eintritt der Prodromi ist verschieden, wochen- oder monatelang, ebenso die Dauer der prodromalen Periode, monate- oder jahrelang, abgesehen von den Fällen, wo sie nicht scharf vom Invasionsstadium der Psychose getrennt ist.

Unter den psychischen Prodromi ist grosse Reizbarkeit und völlige Umgestaltung des Charakters das wichtigste Symptom. Der Kranke wird heftig, brutal, zanksüchtig, excedirt in B. et V. (moral insanity), oder wird unstet, wandert und vagabundirt; hier folgt meist Tobsucht; seltener bestehen die Prodromi in Gehirnerschöpfung, progressive Gedächtnissschwäche, Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit; hier entsteht gewöhnlich Paralyse.

(Ref. sieht nicht ein, warum die genannten „psychischen Anomalien“ als *Prodromi* bezeichnet werden; sie sind *Symptome* des Irreseins, das später nur grössere Dimensionen, eine andere, heftigere, markirtere Form annimmt.)

Die sensoriellen und sensiblen Prodromi der Psychose sind Kopfschmerz (diffus oder lokal), Schwindel, subjektive Sinnesempfindungen etc. mit spontanen oder schon auf geringe Excesse eintretenden Kongestionen, unter denen die Symptome der Gehirnreizung sich steigern.

Die Form der den Prodromi folgenden Psychose ist verschieden, während bei den Fällen der ersten Gruppe das Krankheitsbild übereinstimmt (Blödsinn).

Oefters folgte Dement. paralyt., in anderen Fällen Manie, einmal Verfolgungswahn. Schliesslich führten aber auch diese Formen zum *Blödsinn*.

S. 35 J. alt, Taglöhner, ohne erbliche Anlage, früher gesund. Schlag auf den Kopf bei einer Rauferei; tiefe Hautwunde, Fissur des Os parietal. Heilung ohne besondere Zufälle binnen 14 Tagen. Bald darauf

Aenderung des Charakters. Der früher guthmüthige, solide, freundliche Mann wurde reizbar, zänkisch, brutal, gewaltthätig, fing an zu trinken. Zugleich zunehmende Vergesslichkeit, geistige und körperliche Trägheit und Schlaffheit; keine geordnete Thätigkeit mehr, Leben in Wirthshäusern, Streit, Hader und Excessen. Wiederholte Klagen über Kopfweh, Schwindel, sensorielle Hyperästhesie, so dass schon das Schreien des Hahns, das Glitzern glänzender Gegenstände u. s. w. Kopfweh machte.

Zwei Jahre nach der Verletzung mehre in kurzem Zeitraum sich folgende, apoplektiforme Zufälle (Schwindel, Bewusstlosigkeit, keine Lähmungen), die binnen 4—6 Tagen ohne Folgen vorüber gingen. Immer stärkere Ausbildung der Charakteränderung. Drei Jahre nach der Verletzung traten Zustände von grosser Gereiztheit mit Zerstörungs- und Bewegungsdrang ein, die meist nur 6—8 Tag lang dauerten und durch wochenlange Zustände grosser geistiger und körperlicher Ermattung mit grosser Reizbarkeit geschieden waren.

Während der Erregungszustände oft Fluxionen zum Gehirn und Klagen über Kopfweh. Allmälig hatte das geistige Leben des Kranken sehr gelitten; er war immer beschränkter, sinnlicher, brutaler geworden; kindische Rechthaberei, hohe Meinung von sich, sofortige Neigung bei Widerspruch darauf zu schlagen. Bei der Aufnahme in der Anstalt, nach 5jähriger Dauer des Leidens, vorgeschrittener Blödsinn mit grosser Reizbarkeit; dann und wann noch Aufregungszustände, die sich aber allmälig verloren. Kindisches Wesen, grosse Trägheit, Vergesslichkeit, Gleichgültigkeit, Stumpfheit, Uebersiedelung in eine Pflegeanstalt 1862, in der er noch lebt, apathisch-blödsinnig.

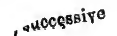
In den Fällen der dritten Gruppe, wo das Trauma nur eine Anlage zu psychischer Erkrankung erzeugt, und diese unter Vermittlung eines accessorischen schädlichen Momentes eintritt — ist, wie Vf. sagt, der Zusammenhang der Ursachen und Symptome kein reiner, und die Statuirung des Trauma als Ursache der vielleicht viele Jahre später auftretenden Psychose scheint oft willkürlich. Spricht man von „Disposition“ zu Psychosen, so muss sich solche *äussern*. Zeigen sich nun *nach* der Kopfverletzung sensorielle oder psychische Anomalien, die vorher nicht bestanden, wie Kopfschmerz, Schwerhörigkeit, Taubheit, Gemüthsreizbarkeit, Aenderungen des Charakters, raschere Erschöpfbarkeit der geistigen Kraft, geringere intellektuelle Leistungsfähigkeit etc., und entwickelt sich später Irresein — so fallen diese Fälle mindestens mit denen

der zweiten Gruppe zusammen (Prodromi), oder es ist schon der Anfang des Irreseins da, das später seine Form und seinen Grad wechselt, und der Fall gehört zur ersten Gruppe. Zeigen sich aber nach der Kopfverletzung keine Anomalien, so kann man auch keine grössere Prädisposition nachweisen, wenn sie auch bestehen mag, wie bei latenten Residuen der Hirnverletzung.

Als das anatomische Substrat und die pathogenetischen Bedingungen der Fälle der dritten Gruppe bezeichnet Vf. namentlich die häufig wiederkehrenden Kongestionen zum Kopfe, zu denen Gehirn-Traumen disponiren, an denen die Individuen in der Zeit zwischen Trauma und Psychose in der That auch häufig leiden, und die auch den Verlauf des späteren Irreseins auszeichnen. Weiter mögen es auch nach *Griesinger* „kleine, liegengebliebene, in eingedicktem Zustand lang unschädlich getragene Eiterheerde, kleine apoplektische Cysten, chronische Prozesse an der Dura etc. sein, um welche sich später, aus irgend einer Ursache, eine nun allmälig um sich greifende Entzündung der zarten Häute oder der Gehirnsubstanz einstellt; andere Mal ist es die langsame Bildung einer Exostose, einer Geschwulst oder eine schleichende Caries des Schädels, von der aus sich Hyperämien und exsudative Prozesse weiter verbreiten."

H. 41 J. alt, Kutscher, vorher gesund, erlitt einen Sturz auf den Kopf mit sofortigen, aber bald vorübergehenden Erscheinungen von Gehirnerschütterung. Seither grosse Reizbarkeit, öfters Schwindel und Tremor der Finger. Die Schrecken der Revolution, durch die H. seine Stelle als fürstlicher Kutscher zu verlieren fürchtete, bildeten wahrscheinlich das occasionelle Moment seiner Erkrankung. Diese begann im Februar 1849 mit häufigen epileptiformen Konvulsionen, worauf sich zunehmende Gedächtnissschwäche und Bewusstseinsstörung einstellte. Bald Tobsucht; Aufnahme in die Anstalt. Deutliche paralytische Erscheinungen, ungleiche Pupillen, Sprachstörung, Zittern der Hände, Summen im Ohr, Schwindel. Ende 1849 8 Mal Konvulsionen. Nach der Tobsucht apathische Ruhe, bis zu völligem Blödsinn fortschreitend; motorische Störungen immer ausgebreiteter. Pat. verlor Gehör und Sprache; Harn- und Kothentleerung unwillkürlich. Am 8. März 1851 allgemeine Konvulsionen, 4 Stunden lang, Sopor, Tod am 15. März unter bedeutender Dyspnö.

Section: bedeutende Hyperostose und Sclerose des Schädels, --



Auflagerung von mattweissen, porösen Knochenschichten an Konvexität und Basis der Innenfläche des Schädels; Dura sehr injicirt. Pia getrübt, stellenweise mit der Corticalis verwachsen. Wenig Serum im Arachnoidealraum. Corticalis auffallend roth gefärbt, Marksubstanz blutreich und zäh. In den Ventrikeln wenig Serum. Gehirngewicht 44 Unzen 2 Drachmen. Hypost. Pneumonie.

Die nach Kopfverletzungen zurückbleibende Disposition findet nach Verf. ihren organischen Ausdruck in einer geringeren Widerstandsfähigkeit der Hirnmasse gegen Fluxionen, die wieder in einer abnormen molekularen Anordnung der Hirn-Elemente oder geringerem Tonus der Gefässe, verringerter vasomotorischer Innervation gesucht werden müssen.

Es ist also eine *Gehirnkrankheit* zurückgeblieben, die sich äussert durch ein leichteres und nachhaltigeres Afficirtwerden durch Spirituosa und Gemüthseindrücke, Reizbarkeit, Aufbrausen, heftige Kongestionen nach den geringsten Ursachen, welche Kongestionen ihren klinischen Ausdruck finden in verschiedenen sensoriellen und sensiblen Störungen, Kopfweh (zuweilen an der Stelle des Trauma), Schwindel, Ohrensausen, Lichterscheinungen, neuralgischen Sensationen, u. s. w. Es fällt also diese dritte Gruppe eigentlich zusammen mit der zweiten, wie die zweite, bei zurückbleibenden *psychischen* Anomalien, mit der ersten, wo die Psychose sich nur *deutlicher* und gewöhnlich sogleich an die Kopfverletzung anschliesst. Das geistige Leben kann in den Fällen der dritten Gruppe lange intakt bleiben oder nur eine leichtere Erschöpfbarkeit darbieten (das ist schon geistige Störung, die dem Schwachsinn angehört, Ref.). Nach Kopfverletzung in früher Jugend bleibt die geistige Entwicklung leicht stehen oder schreitet nur mühsam zu einer niedern Stufe fort (also gleichfalls Schwachsinn Ref.). Die am meisten hervortretenden Symptome nach dem Trauma sind aber sensible, wie Kopfschmerz, zuweilen periodisch etc., dann subjektive Gehörs- und Gesichtsempfindungen, einmal Schwerhörigkeit. Nach Excessen im Trinken, Gemüthsaffekten, grosser Hitze, oder nach wiederholten Kongestionen erfolgt dann der Ausbruch der Psychose, d. h. also zu den früheren Gehirnsymptomen treten auch psychische, maniakalische, melancholische, paralytische, wobei die Kongestivzustände, sensorische und sensible Störungen, Reizbarkeit des Gemüths noch fortdauern, selbst bis in die Rekonvalescenz hinein.

In dem 2. Hauptabschnitt der Abhandlung: *Verlauf*, *Ausgänge*,

Prognose, heisst es, dass die verschiedensten Traumen, leichte und schwere Verletzungen, unbedeutende oder gefahrdrohende cerebrale Reactionserscheinungen zu Psychosen führen können, während andererseits die grossartigsten Hirnverletzungen ohne Gefahr für's psychische Leben verlaufen. Die individuelle Toleranz und unbekannten Organisations-Verhältnisse des Gehirns spielen dabei eine bedeutende Rolle. Im Allgemeinen wächst die Gefahr mit der Tiefe der Verletzung. Kopfverletzungen im späteren Alter scheinen, wie schon *Schlager* *) fand, das psychische Leben mehr zu gefährden; doch bildet das Kindesalter wieder eine Ausnahme, indem hier nach Traumen leicht die geistige Entwicklung nicht mehr fortschreitet.

Je schwerer die Gehirnerscheinungen nach dem Trauma sich gestalten, um so grösser scheint nach Verf. die Gefahr zu sein. Die Beobachtung *Schlager*'s, dass bei Bewusstlosigkeit oder Unbesinnlichkeit nach Gehirnerschütterung das psychische Leben mehr bedroht sei, fand er nicht durchweg bestätigt.

Motorische, sensible, sensorielle Symptome, welche auf eine konsekutive Erkrankung des Gehirns und seiner Häute deuten, desgleichen häufige febrile und Kongestiv-Zustände trüben die Prognose um so mehr, je anhaltender und heftiger sie sich einstellen.

Der Grad der Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Psychose steht im umgekehrten Verhältniss zur Zeit, welche seit dem Trauma verstrichen ist.

Die Prognose beim traumatischen Irresein ist trübe. In den 5 Fällen der ersten Gruppe des Verf. in 2 Ausgang in bleibenden Schwachsinn, in 3 progressiver apathischer Blödsinn, mit und ohne Lähmung. Unter den 10 Fällen der 2. Gruppe nur in 2 dauernde Besserung, in 4 völliger Blödsinn, in 4 progressive Paralyse. Unter den 9 Fällen der dritten Gruppe ebenfalls keine vollständige Genesung, aber doch in 7 nur stationärer Schwachsinn, in 1 apathischer Blödsinn, in 1 Dement. paralyt. Also stets schliesslich geistige Schwäche.

Quoad vitam ist die Prognose auch jedenfalls ungünstiger, als bei vielen durch andere Ursachen hervorgerufenen Psychosen. In $^1/_4$ der

*) Ztschr. der Gesellschaft der Wiener Aerzte, 8, p. 454, die erste bedeutende Arbeit über Irresein nach Kopfverletzungen.

Fälle des Vf. musste der Tod als Folge der durch das Trauma bewirkten Gehirnerkrankung angesehen werden.

Pathologische Anatomie.

Chronisch meningitische und encephalitische Prozesse in Folge der Erschütterung, oder ausgehend von cirkumskripten Erkrankungen des Schädels und seines Inhaltes (apoplektische Heerde, Erweichungsprozesse, Hirnabscesse), oder nach wiederholten Kongestionen. Den klinischen Erscheinungen der traumatischen Psychosen entsprechen keine konstanten Befunde, so wenig als bei anderen idiopathischen Psychosen (Delir. acut., Dement. paralyt.).

Ueberraschend häufig war der Befund der Periencephalo-meningitis diffusa chron., der dann auch regelmässig das klinische Bild der allgemeinen progressiven Paralyse entspricht. In den übrigen Fällen sind es vorwiegend Prozesse der Schädelknochen, der Dura, meist gleichzeitig mit konsekutiven Trübungen, Verdickungen, Oedem der weichen Häute. Den alten Fällen von Blödsinn entsprechen Atrophie der Hemisphären mit Hydrocephal. ext. und intern. In einigen Fällen finden sich gar keine Läsionen, und sind hier nur molekuläre Veränderungen des Gehirns als causa morbi oder mortis annehmbar.

Therapie.

Nach Behandlung der unmittelbaren Folgen des Trauma, wenn die Zeichen eines geistigen Zerfalles sich kundgeben, bleibt nichts anderes übrig, als die Ernährung und Cirkulation des Gehirns zu fördern und Schädlichkeiten abzuhalten. Daher Ruhe, Vermeidung von Spirituosen, von Aufregungen des Kranken, gute Nahrung u s. w. Manche Kranke sind daher in einer guten Pflegeanstalt am besten aufgehoben. Wichtig ist die Prophylaxis in den Fällen der dritten Gruppe; sorgfältige körperliche und psychische Diätetik.

Forensischer Theil.

Vf. hätte nach Ansicht des Ref. diesen Theil kürzer fassen können. Bei Verbrechen ist es dem Richter gleichgültig, ob eine etwaige Psychose nach einer Kopfverletzung entstand oder nicht. — Schwierig kann für den Gerichtsarzt die Beantwortung der Frage werden, ob die Geistesstörung eines Individuums die Folge einer früher erlittenen Kopfverletzung sei, da zwischen Trauma und Psychose ein langer Zeitraum liegen kann, für den keine Anamnese vorliegt, und in dem andere Ursachen auf das Individuum eingewirkt haben können.

Das traumatische Irresein hat nicht eine *spezifische* nosologische Form.

Bezüglich der Beurtheilung der *Schwere* einer Kopfverletzung soll der Gerichtsarzt bei irgend welchen prodromalen Erscheinungen auf mögliche Gefahren hinweisen. Auch leichten Kopfverletzungen können Psychosen folgen.

Der Schwachsinn mit bedeutender Gemüthsreizbarkeit macht bei den betreffenden Individuen verbrecherische Handlungen häufig. Der Schwachsinn geringeren Grades kann aber verkannt werden. Der Zustand streift manchmal an Moral Insanity.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Verbindung mit Dr. *L. Meyer*, Professor etc. in Göttingen und Dr. *C. Westphal*, Privatdozent etc. in Berlin herausgegeben von Dr. *W. Griesinger*, Geh. Medic.-Rath etc. in Berlin.

Diese neue psychiatrische Zeitschrift, welche die Lehre von der Solidaritätät der Psychosen und Nervenkrankheiten vertritt, — welche Lehre übrigens nicht neu ist — erscheint im Verlage von Aug. Hirschwald in Berlin in zwanglosen Heften von 12—15 Bogen in Gross-Oktav-Format. Drei Hefte bilden einen Band. Das erste Heft ist bereits erschienen. Preis desselben 1 Thlr. 26 Sgr.

Wir werden auch aus dieser Zeitschrift das für praktische Aerzte Interessante, soweit es der Raum unseres Blattes gestattet, excerpiren.

Bibliotheca Psychiatrica oder Verzeichniss aller auf dem Gebiete der Seelenheilkunde in 1847—1866 im deutschen Buchhandel erschienenen Bücher und Zeitschriften. Ein bibliographisches Handbüchlein für Aerzte und Buchhändler, von *Adolph Büchting.* Mit einem ausführlichen Sachregister. Nordhausen, 1867. Verlag von Ad. Büchting.

Verf. hat durch Herausgabe mehrerer medizinischen Fachkatalnge sich den Dank der Aerzte und Buchhändler erworben, einmal da der

vollständige Katalog Dr. *Engelmann's* der gesammten medizinischen Literatur nur bis zum Jahre 1847 reicht, dann weil den Spezialisten hauptsächlich nur mit der Literatur ihres Faches gedient ist.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 2. I. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. „Der Umschwung in der Psychiatrie“ nach dem Vorworte zu Griesinger's Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — Literatur.

„Der Umschwung in der Psychiatrie“

nach dem Vorworte zu Griesinger's Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten

von Dr. Brosius in Bendorf.

Im Kleinen und Grossen, in allen Richtungen des menschlichen Denkens und Strebens baut die Gegenwart sich auf der Vergangenheit auf. So auch in der Psychiatrie. Schon den alten Aerzten war ihr Fundamentalsatz bekannt. *Hippocrates* sprach es deutlich aus, dass im Gehirn Raserei und Wahnsinn entstehe, und auch ihm war das Vorkommen sensibler und sensorischer Störungen im Irresein nicht entgangen. Dasselbe lehrten *Galen*, *Caelius Aurelianus*, z. Theil auch *Aretaeus* [1]). Man meinte, der Zufluss böser Säfte zum Gehirn erzeuge Irresein, grade wie unsere Zeit von Kongestionen, Hyperämie des Gehirns, von Alkoholismus etc. spricht.

Sechszehn Jahrhunderte lang lagen die hippokratischen Lehren in Vergessenheit. Nach den Irrthümern und der Barbarei des Mittelalters,

---

[1]) Dr. *Falk*, Studien über Irrenheilkunde der Alten, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1866, 5. Heft.

das durch einen abergläubischen und mystischen Spiritualismus beherrscht wurde, kehrten erst am Ende des vorigen und im Anfange dieses Jahrhunderts die Psychiater auf den somatischen Standpunkt zurück, und *damals* erfolgte der Umschwung der Psychiatrie in Theorie und Praxis.

Pinel [1]) erklärte das Irresein einfach als „affection nerveuse"; die *im Allgemeinen herrschende* Ansicht, dass es ein Produkt organischer Gehirn-Veränderungen sei, werde in sehr vielen Fällen durch den anatomischen Befund nicht bestätigt.

Sein Schüler und Nachfolger *Esquirol* [2]) definirte die Geisteskrankheit als „eine gewöhnlich chronische Gehirnaffection, mit Störungen der Sensibilität, der Intelligenz und des Willens."

Mit vereinzelten Ausnahmen (die psychologische Schule, die Moralisten) haben die Irrenärzte Deutschlands, Englands und Frankreichs bis auf unsere Zeit den somatischen Standpunkt gewahrt, und immer mehr befestigte sich die Ansicht, dass die Geisteskranken Hirn- und Nervenkranke seien. Die mit der psychiatrischen Literatur weniger bekannten Leser unseres Blattes verweise ich u. A. auf

v. Zeller, Berichte über Winnenthal. Er sagt z. B. in dem Bericht über 1840–43 *„dass man die ganze Pathologie nur im Gehirn und Rückenmark zu fassen gesucht, dass aber die Centra ebenso häufig von der Peripherie, als diese vom Centrum aus leide."*

Cerise, Des fonctions et maladies nerveuses, Paris 1842.

Griesinger, dessen bekanntes Lehrbuch in 1. Aufl. 1845, in 2. 1861 erschien, und der auch in anderen Abhandlungen [3]) die Ansicht der nervösen Basis der psychischen Prozesse und des Zusammenhangs der Neuropathien mit den Psychosen geltend machte.

Laehr, Ueber Irresein und Irrenanstalten, 1852. S. namentlich die Kapitel p. 6, 14, 54.

---

[1]) Traité méd. philosoph. sur l'aliénation mentale, 2. Edit. 1809. Introduction XIII, XXIV.

[2]) bis 1826 in der Salpêtrière, dann in Charenton. Sein Werk wurde 1838 von Dr. *Bernhard* ins Deutsche übersetzt. Siehe daselbst p. 4.

[3]) Ueber psychische Reflexactionen, in *Roser* und *Wunderlich*, Archiv etc., 1843. Vortrag in der Charité zu Berlin, 1. Mai 1866, Archiv f. Heilkunde, Bd. 7.

Morel, Etudes cliniques etc. Paris 1852 und 1853. Traité des maladies mentales, Paris, 1860. *M.* nennt das Irresein überhaupt „Maladie du System nerveux“ und gewisse Seelenstörungen „Nenroses transformées“.

Flemming, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1848, 3. Heft, p. 341 bezeichnet die Präcordialangst, welche die Melancholie und Manie begleitet und einleitet, als „reine Neurose“, Affection der Medulla oblongata, mit der sich auch andere sensorische Störungen verbinden.

Krauss, der Sinn im Wahnsinn, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1858 und 1859 *fasst die Geisteskrankheit sehr bestimmt als centro-periphere Neurose auf.*

Romberg koordinirte die „Logo-Neurosen“ den Sensibilität- und Motilität-Neurosen.

Darf ich mich selbst nennen, so verweise ich auf meine Abhandlung über Melancholie vom Jahre 1857 [1]), in der ich deutlich genug die Gemüthsstörung als „Neurose des sensiblen Nervensystems“ bezeichnete; auf meinen Aufsatz „über den Mechanismus des Gefühls“ [2]), auf meine Psychiatrischen Abhandlungen [3]), in denen vielfach der Zusammenhang der Psychosen mit Nerven-Störungen angedeutet ist, und es u. A. im 2. Hefte p. 13 heisst: „Durch diesen Reflex erlangen die Gefühlsstörungen, örtliche sowohl als allgemeine, Anästhesien und Hyperästhesien, Schmerz, Lust und Unlust, eine höhere Bedeutung. Sie werden dadurch zum *Ausgangspunkt und Kern des Irreseins überhaupt*, *als einzelner bestimmter Wahnideen insbesondere* bei schon bestehendem Irresein. So werden wir in der Behandlung der Geisteskranken durch ihre Wahnideen veranlasst, rückwärts nach sensorischen Störungen und ihren Ursachen zu suchen etc.“

Ich verweise ferner auf *O. Müller*'s Aufsatz [4]) vom Jahre 1863, worin es heisst: „Die jüngsten Bearbeitungen unserer Wissenschaft bemühen sich, auch in die Psychopathologie physiologische Krankheitsbegriffe einzuführen, *da man längst darin einverstanden ist*, dass die Psy-

[1]) Med. Zeitung (Vereinszeitung) 1857, Nro 3—5.

[2]) Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 14, 2. Heft, 1857.

[3]) Neuwied, 1862 und 1863, J. H. Heuser.

[4]) Ueber die physiologische Grundlage einer Terminologie der Geistesstörungen, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 20. Bd. 1863, 4. Heft.

chosen, durch Störungen in den psychocerebralen Nervenbahnen bedingt, von ähnlichen Gesichtspunkten aus, wie alle übrigen Neurosen, beurtheilt werden müssen." Vf. theilt daher die Psychosen in 1. Neurosen der psychosensuellen 2. Neurosen der psychosensitiven 3. Neurosen der psychomotorischen Sphäre.

Die bedeutendste Abhandlung über die neuralgische Basis der Psychosen ist die von Dr. *Schüle* in Illenau, betitelt „*Dysphrenia neuralgica*" (Karlsruhe 1867). Auch Vf. fasst „die meisten sog. Psychosen als Neurosen auf, zu deren Konstituirung eine centrale *und* periphere Nerven-Action erforderlich ist" — als „centroperiphere Neurosen." Dankbar gedenkt Verf. in seiner Arbeit der älteren Kollegen in Illenau, wo schon *seit einer langen Reihe von Jahren* die Beobachtung und klinische Untersuchung nach jener speziellen Richtung geübt, und die Bedeutung der Neuralgien in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht erprobt worden sei.

So wurde die Erkenntniss des Zusammenhangs der Psychosen mit den Neurosen mit der Vervielfältigung genauerer Forschungen und Beobachtungen auch in Einzelnheiten deutlicher und immer fester begründet, und immer mehr hat man schon seit vielen Jahren die Psychiatrie auf die Cerebral-Pathologie und Neuropathologie zurückgeführt — eine spezielle Richtung der somatischen Schule, kein Umschwung der psychiatrischen Doctrin.

Da lesen wir nun in dem 1868 erschienenen 1. Hefte des „Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten" [1]) als Beginn des Vorwortes Folgendes: „In der Psychiatrie und in ihrem Verhältnisse zur übrigen Medizin hat die Zeit einen Umschwung gebracht, der die Gründung eines neuen publicistischen Organes rechtfertigt. Dieser Umschwung beruht vorzüglich auf der Erkenntniss, dass die sog. „Geisteskranken" hirn- und nervenkranke Individuen sind, an denen uns ganz dieselben ärztlichen Aufgaben obliegen, wie bei allen übrigen Nervenkranken."

Wir Irrenärzte wissen alle, dass *Griesinger*, der das Vorwort des Archives mit „*G.*" unterzeichnet, nicht gemeint hat, dass die *allerneueste* Zeit jenen Umschwung gebracht hat; da es aber so *lautet*, als meine er

---

[1]) in Verbindung mit Dr. *L. Meyer* etc. und Dr. *C. Westphal* etc. herausgegeben von Dr. *W. Griesinger* etc. Berlin, Hirschwald, 1868.

dieses, haben wir den nicht irrenärztlichen Lesern unseres Blattes die obigen Citate geliefert, damit sie einen hochverdienten Fachmann, der die in- und ausländische Literatur sehr genau kennt, nicht missverstehen. *G.* hat ja nämlich schon vor 28 Jahren dieselbe Erkenntniss ausgesprochen, und er wusste damals schon, dass „der Umschwung in der Psychiatrie", d h. ihre Rückkehr zur Naturwissenschaft und zur Medizin, im Anfange dieses Jahrhunderts statt hatte. Nun begreifen wir aber das nicht, dass das Archiv so spät, erst 1868 erscheint, zumal schon seit 25 Jahren die *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* existirt, das Organ der deutschen Irrenärzte, welches doch auch die Erkenntniss „dass Geisteskranke Hirn- und Nervenkranke sind" vertritt und nachweislich manche, grade diesen Satz behandelnde Aufsätze gebracht hat, — und als erst *wenige Monate vor* dem Archive die *Vierteljahrschrift für Psychiatrie* erschien, die doch auch, wie sie beweist, die Psychiatrie auf die Cerebral- und Neuropathologie zurückführt. Wenn diese beiden grossen Zeitschriften, die *G.* nicht nennt, einen *andern* Standpunkt einnahmen, so hätte *G.* grade *dadurch* die Gründung des Archivs rechtfertigen sollen, nicht aber durch ein Motiv, welches das neue Organ als *verspätet* erscheinen lässt.

Ist es desshalb überflüssig oder ist *G.* deshalb zu der Herausgabe nicht berechtigt? Es können immer noch mehr psychiatrische Journale erscheinen. Im Interesse der Verbreitung irrenärztlicher Kenntnisse wünschen wir Allen viele Abonnenten, und wenn Jemand sich berufen fühlt, durch ein besonderes Organ zu jener Verbreitung beizutragen, so lässt sich Nichts dagegen sagen. Niemand bezweifelt auch, dass die Herausgeber des Archivs ihrer Aufgabe gewachsen sind; die Mitarbeiter der Allg. Zeitschr. für Psychiatrie bedauern, wenn sie ihre tüchtige Feder nicht mehr, wie bisher, einträchtig zusammenwirkend diesem Organe widmen werden, aber Keiner von uns wird *jene* Motivirung ihrer Trennung billigen, da Keiner an sie glauben kann.

Also wenigstens schon vor 50 Jahren wusste man, dass die Geisteskranken Hirn- und Nervenkranke sind, dem entsprechend denn auch manche Irren-Anstalten den Titel »Asyl für Gehirn- und Nervenkranke" annahmen. *G.* hat daher Recht, „dass uns bei den sog. Geisteskranken *ganz dieselben* ärztlichen Aufgaben obliegen, wie bei allen übrigen Nervenkranken", aber, fügen wir hinzu, *auch noch andere.* Die übrigen Nervenkranken werden zu Geisteskranken natürlich erst durch das Accessit

psychischer Zustände, und *diese* sind es, welche unsere Aufgabe erweitern. Ich verweise auf *Griesinger*, 2. Aufl. p. 495, auf das Kapitel »Psychische Behandlung“, das für die „übrigen Nervenkranken“ nicht geschrieben ist. Ausserdem sind für *sehr viele* Geisteskranke auch noch besondere äussere Vorkehrungen und Massregeln, Lokalitäten und bauliche Einrichtungen erforderlich, nicht für die übrigen Nervenkranken. Die Verwaltung dieser Mittel steht doch unter *ärztlicher* Oberleitung. Ich verweise auf den Aufsatz *G.*'s im Archiv „Ueber Irren-Anstalten etc.“, worauf wir gleichfalls in diesem Blatte noch näher eingehen werden.

Nun hat nicht allein die Erkenntniss der krankhaften Natur des Irreseins, nicht allein die Humanität die Asyle geschaffen, es war auch die Erkenntniss, dass die sog. Geisteskranken nicht unter und in *denselben* Verhältnissen behandelt werden *können*, wie die übrigen Nervenkranken. Bei *beiden* stellen wir eine ätiologische und nosologische, wo möglich anatomische Diagnose, bei *beiden* verordnen wir, oft ganz gleiche, Medikamente, Diät und Lebensweise, eben weil der *somatische* Grundzustand als derselbe erscheint, — aber gewisse psychische Symptome sind leider sehr oft prekär und rebellisch und weichen nicht so rasch der gewöhnlichen ärztlichen Behandlung, wesshalb sie dann noch *vieles Andere dazu* erfordern. Viele sog. Geisteskranke schickt man in die Asyle, die übrigen Nervenkranken nicht.

G. sagt nun weiter: „Nicht etwa zwei eng verbundene Gebiete sind die Psychiatrie und die Neuropathologie, sondern es ist *ein* Gebiet, wo Alles eine Sprache spricht und von denselben Gesetzen regiert wird. Beide sind nur in der innigsten Gemeinschaft mit Erfolg zu bearbeiten; mit dieser Erkenntniss ist die Zeit gekommen, wo die Psychiatrie wissenschaftlich aus der Sonderstellung eines befangenen Spezialismus, praktisch aus einer abgeschlossenen Zunftstellung heraustreten, wo sie wirklich Theil und Eigenthum der gesammten Medizin und aller ärztlichen Kreise werden kann.

Ich möchte wissen, woran es liegt, dass ein Mann, wie *G.*, schon mehrmals das Unglück hatte, in psychiatrischen Dingen nicht verstanden zu werden, was doch sonst nur unklaren oder eiligen Köpfen passirt. Was lässt sich nicht wieder zu obigem Satze fragen! Er lautet, als ob *erst jetzt* die Solidarität der Psychosen und Neurosen entdeckt und gelehrt sei, als ob diese Zustände *ganz identisch* seien, und als ob *jetzt erst* und in Folge *dieser* Lehre die Psychiatrie eine andere Stellung

einnehmen werde, als ob *G.* allein die Nothwendigkeit erkenne, mit der Psychiatrie auch Neuropathologie zu studiren, als ob bis zum Jahre 1868 die übrigen Irrenärzte befangene Spezialisten gewesen etc.

Wahr ist, dass der Sitz der Psychosen und eines Theiles der Neurosen *dasselbe* Organ ist. Ist aber darum ihr *Gebiet* im Gehirne dasselbe? Das scheint *G.* nach §. 3, 14 etc. seines Lehrbuches von 1861 nicht zu glauben. Wenn er jetzt anderer Ansicht ist, wenn er die Psychosen und Neurosen für Krankheiten *derselben* Nerven-Fasern und Bezirke hält, dann wundert mich die Trennung der „Psychiatrie" von den „Nervenkrankheiten" auf dem Titel des Archivs, der sich mit den letzteren hätte begnügen können. Bekannt ist auch, dass die Logoneurosen mit den übrigen Neurosen, da in allen *Nerven*-Bezirke leiden, mannichfache Analogien bieten. Wir wenden die Ausdrücke Reizung, Reizbarkeit, Abstumpfung, Lähmung etc. für alle Bezirke an; Irradiation, Reflex, excentrisches Erscheinen, Intermission der krankhaften Erregung etc. werden in Nervenbezirken von verschiedener Energie beobachtet. Ihre anatomische Verbindung erklärt das häufige Zusammensein u. den kausalen Connex ihrer Störungen. Aber die durch irgendwelche Einwirkungen angesprochenen Nervenbezirke sprechen sich *verschieden* aus, weil, wie man sagt, ihre Energie verschieden ist. Die Sprache des Deliriums ist doch eine andere, als die der Neuralgie und des Krampfes; der Hallucinant, der Tobende, der Verrückte, spricht und erscheint anders, als der an Migräne, Prosopalgie, Tab. dors., Chorea etc. etc. Leidende. Ein subjektives Sinnesbild ist noch nicht Hallucination, abnorme Sensationen nicht gleich Hypochondrie.

Somit trennt man mit Recht, wie *G.* es auch thut, die sog. Geisteskrankheiten von den übrigen Nervenkrankheiten; es sind nicht *identische*, aber anatomisch und physiologisch *nahe* an einander liegende Zustände, die auch oft mit einander sich vermischen, sich einer aus dem andern entwickeln etc., und diese ihre Verwandtschaft und ihren Zusammenhang kannten die Irrenärzte auch vor *Griesinger* und vor dem Erscheinen seines Archives. Vergl. *Krauss*, l. c. Hier findet sich fast Alles, was G. später darüber vortrug.

Aber es war nicht mal *diese* „Erkenntniss," welche die wissenschaftliche und praktische Psychiatrie reformirte. Sie trat aus der Sonderstellung eines *befangenen* Spezialismus heraus, als man das Irresein zuerst als *Krankheit* überhaupt auffasste, also lange *bevor* man den inneren

Zusammenhang mit den Neurosen so entschieden wie heute betonte. *Diese* Weiter-Entwicklung des Somatismus *folgte* erst dem Eintritt der Psychiatrie in die Medizin, *folgte* also ihrem Austritt aus einem befangenen Spezialismus. Sind wir nun auf *dem* Standpunkte angelangt, wo die Psychiatrie als ein Theil der Cerebral- und Neuropathologie gilt, so hüten wir uns vor dem Sturze in die befangene Ansicht *völliger* Identität beider Gebiete.

„Praktisch" wird aber die Psychiatrie „aus einer abgeschlossenen Zunftstellung so lange nicht heraustreten", als noch Vorschläge zur Gründung von Asylen, wie *G.* selbst in seinem Archive (p. 8 u. ff.) sie macht, von den Behörden werden berücksichtigt werden. Wenn *G.* wünscht, dass die Psychiatrie „wirklich Theil und Eigenthum aller ärztlichen Kreise" werde, was ich dahin verstehe, dass alle Aerzte in Zukunft grössere psychiatrische Praxis haben und Psychiatrie nicht bloss *studiren* — was ihnen ja zu allen Zeiten möglich war — dann verlässt *G.* mit seinen Vorschlägen seinen Standpunkt. Mich wundert, dass er nicht kommunale Asyle für kleine Bezirke von etwa 30 0 Einw. nach *Delasiauve* befürwortete. Da könnten doch wenigstens *sehr viele* Aerzte grössere psychiatrische Praxis haben, als bisher. Anstatt dessen bugsirt *G.* mit seinen Vorschlägen die Irren aus den ärztlichen Kreisen heraus, deren wirkliches Eigenthum die Psychiatrie durch die „Erkenntniss" werden sollte, und er selbst schafft eine „abgeschlossene Zunftstellung, aus der die Psychiatrie heraustreten sollte." Es ist übrigens bekannt, dass gewisse Klassen von psychisch-gestörten Hirn- und Nervenkranken von den praktischen Aerzten immer behandelt wurden und noch werden.

Tiefer freilich, als jene befreiende „Erkenntniss," ist *die* Erkenntniss der praktischen Aerzte selbst, dass andere Fälle von Irresein nun einmal in ihren *Aeusserungen* in einer Weise von den übrigen Neurosen sich trennen, dass, wenn auch ihr Studium immer für alle ärztlichen Kreise möglich war, doch vorläufig, auch *nach* jener „Erkenntniss", die psychiatrische Praxis nicht ganz ihr Eigenthum werden kann, dass daher vorerst psychiatrische Spezialisten, in ihrer Gesammtheit eine Zunft, bleiben werden. Aber wenn der Charakter der Logoneurosen sich mal dahin ändert, dass sie ohne Delirium, ohne Hallucinationen, ohne Agitation, ohne Extravaganzen, Excesse und schlimme Triebe etc. verlaufen, dann werden auch die praktischen Aerzte diese Neurosen lieber und öfters in ihren Kreisen behandeln; die psychiatrische Zunft wird eingehen,

die *G.* jetzt noch bestehen lassen muss, trotz der Erkenntniss des *einen* Gebietes, auf dem er nur durch *die kleine Differenz der Symptome* zu einer differenten Praxis gezwungen wird.

Also nicht die Lehre von der Solidarität der Psychosen und Neurosen, die nur ein weiterer Fortschritt und eine Spezialisirung des Somatismus ist, hat den schon *vor vielen Decennien* erfolgten Umschwung in der Psychiatrie gebracht, und sie ist es auch nicht, welche diese aus ihrer spezialistischen Umgrenzung erlösen wird. Dahin können aber andere Wege führen, die von *G.* nicht genannt sind, wohl desshalb nicht, weil unsere Generation sie nicht mehr betreten wird. Denn die psychiatrischen Kliniken genügen nicht *allein* zur Decentralisation der psychiatrischen Praxis. Es müssen auch die *häuslichen und socialen* Verhältnisse der Irren anders und *so* werden, dass diese in ihnen *bleiben* können; die *Familien* und *Gemeinden* müssen ein besseres Verständniss für psychische Zustände erlangen, und letztere *mehr Geld* haben behufs Gründung kleiner Irrenhäuser für Solche, die doch nicht zu Hause bleiben können.

Die mit Recht von *G.* im Vorworte hervorgehobene Unbekanntschaft des grossen ärztlichen Publikums *mit*, seine zum Theil sonderbaren Ansichten *über* Fragen der Psychiatrie, „dieses kleinen Wissensgebietes, das noch etwas fremdartig neben dem Ganzen steht," — sind allerdings auch, aber nicht „vor Allem" Folge seiner spezialistischen Umgrenzung und Abschliessung. Wenn bisher ein Arzt mit der Psychiatrie sich vertrauter machen *wollte*, so konnte er es, wenn auch unter Schwierigkeiten. Aber vielfach fehlt die *Lust*, weil auf der *Universität* die erforderliche Anregung und Anleitung fehlte. Auch sind doch die Psychosen nicht so alltäglich, wie die übrigen Neurosen und die Krankheiten anderer Organe, und die Absorption der ärztlichen Thätigkeit durch die gewöhnliche Praxis macht es begreiflich, dass der praktische Arzt sich im Allgemeinen nicht gern mit Geisteskranken beschäftigt, deren Behandlung durch die gewöhnlich ungünstigen häuslichen Verhältnisse sehr verleidet und erschwert wird. Auch ist wahrlich die Psychiatrie nicht ein so „kleines Wissensgebiet," wie *G.* es nennt, wenigstens nicht für die herumreitenden und fahrenden Aerzte. So lässt sich die Unbekanntschaft des grossen ärztlichen Publikums mit der Psychiatrie erklären, auch ohne ihre spezialistische Umgrenzung, die wiederum grossentheils nur Folge des *besondern* Charakters der Logoneurosen ist, eines

Charakters, der durch die Lehre ihres innigen Zusammenhangs mit den übrigen Neurosen nicht geändert wird.

So lange Krankenhäuser bestehen, werden auch „Krankenhaus-Verhältnisse und Verwaltungs-Angelegenheiten“ (siehe Vorwort) zur Sprache kommen müssen, in Irrenhäusern mehr, als in andern Hospitälern. Viele Logo-Neurosen erfordern nun einmal behufs ihrer Behandlung *viele* äusserliche Dinge und Rücksichten, an die man bei den übrigen Neurosen nicht zu denken hat. Bauliche, technische, ökonomische und administrative Fragen sind hier, zumal in grossen Asylen, nicht *Nebensachen*; sie sind ein Theil der *Therapie*, und ich glaube, *G.* hat sich *verschrieben*, als er die „Krankenhaus-Verhältnisse und Verwaltungs-Angelegenheiten“ den „therapeutischen Angelegenheiten“ *gegenüber* stellte. Sollte er sich nicht verschrieben haben, nun dann gestehe ich offen, was ich bisher bei der Lektüre des Archivs nur dachte, nämlich, *G.* sei vielleicht nicht lange genug *Anstalts*arzt gewesen oder nicht genug mit den *Details* des Lebens und Treibens Geisteskranker aus persönlicher Anschauung und Erfahrung bekannt geworden, um zu beurtheilen, wie viel auf „Krankenhaus-Verhältnisse und Verwaltungs-Angelegenheiten“ bei der Therapie der Psychosen ankommt.

Es ist, wo die Asyle erst *neue* Errungenschaften der Wissenschaft und Humanität und einer weiteren Vervollkommnung noch fähig sind, ganz erklärlich, wenn, zumal unter dem Drucke finanzieller Rücksichten etc., früher manche Erörterungen der Anstaltsärzte über jene Verhältnisse und Angelegenheiten sehr weitläufig wurden. Ein gewissenhafter Anstaltsarzt wird darüber indessen die Diagnose und ärztliche Behandlung seiner Krankheitsfälle nicht versäumen. Sind aber Versäumnisse auch in der Psychiatrie und in Irrenhäusern möglich, dann möchte ich im Interesse ihrer gesunden und kranken Bewohner lieber, wenn die *Diagnose*, als wenn die *Verwaltung* vernachlässigt würde.

Welcher Arzt ist innerlich befriedigt und ruhig, wenn er nicht eine möglichst *klare* Anschauung der ätiologischen und nosologischen Verhältnisse eines Krankheitsfalles hat, und welcher Irrenarzt weiss nicht, dass in manchen Fällen das Uebersehen selbst kleiner Störungen und Individualitäten des Kranken den Fortschritt seiner Heilung, seine Zufriedenheit und Behaglichkeit verhindert! Wir sind also uns und den Kranken eine *möglichst genaue* Diagnose schuldig. Aber *im Allgemeinen* genesen und sind die Geisteskranken zufrieden und glücklich —

wenn ihr Leiden dieses überhaupt gestattet — ohne *spezielle* Diagnose und Medikamente, aber nicht oder weniger ohne alles Das, was zu einer guten Organisation und Verwaltung eines Asyles gehört, und wäre letzteres auch nur eine kleine Familien-Wohnung. Und können die Anordnungen, welche sich aus der Diagnose ergeben, ausgeführt oder wirksam werden, wenn es an guten Krankenhaus-Verhältnissen und einer tüchtigen Verwaltung fehlt? Gewiss nicht! Leider ist auch die Mehrzahl der Gehirnkranken unheilbar, trotz der genauesten Diagnose, und da erleichtern gute Krankenhaus-Verhältnisse noch die schützende Kontrole, die humane und zwangslose Behandlung, und gewaltig verringern sie die accidentellen Erkrankungen und die Todesfälle. Um das so recht klar einzusehen, *muss man aber tagtäglich unter und mit den Irren leben.*

Das Wenige musste ich doch dem Vorwurfe *G.*'s entgegen halten, ein Vorwurf, der in einer andern Fassung etwas Verletzendes hat. Er sagt nämlich ferner im Vorwort: «Wenn man sieht, mit welchen Diagnosen man sich bei den Geisteskranken so oft noch begnügen muss, *aber wie Wenige auch nur das Bedürfniss empfinden*, über diesen dürftigen und beschränkten Standpunkt hinauszukommen, so wird man den Augenblick herbeisehnen, wo wenigstens Das, was in der übrigen Nervenpathologie in diagnostischer Hinsicht geleistet werden kann, auch den psychisch gestörten Nervenkranken zu Gute kommt.“

Für *G.* wünsche ich, dass man diesen Satz nicht *dahin* zu verstehen habe, dass nur *er und Wenige* jenes Bedürfniss empfinden. Ein solcher Hochmuth würde nicht stimmen mit der Bescheidenheit gelehrter Forscher. Aber der Satz beginnt doch mit *„wenn man sieht“*, und er enthält somit die offene Anklage der Gleichgültigkeit Seitens der *meisten* Kollegen in diagnostischen Fragen, eine Anklage, *die ganz ungerecht*, und wäre sie gerecht, doch sicherlich *jene* Fassung nicht erfordert, falls sie nur den guten Zweck hat, die Kollegen zu besseren Diagnostikern zu machen. Eine solche Herausforderung muss nothwendig entfremden, und *G.* dar nicht ferner, wie in seinem Flugblatte d. d. Berlin, 2. Febr. 1868*), von *„ironischen Redensarten und Persönlichkeiten“* sprechen, in denen *er* die Priorität zu beanspruchen hat.

---

*) G.'s Antwort auf den Artikel „Aus der Provinz“ in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1867, 6. Heft.

Ich konnte die Anklage nicht anders als ungerecht nennen, denn, ganz abgesehen von den *gedruckten* Abhandlungen so vieler Kollegen, die das Bedürfniss, über eine generelle Diagnose in psychischen Krankheitszuständen hinauszukommen, bekunden, habe ich es oft genug *beklagen hören*, dass wir so schwer darüber hinauskommen können.

Mit *G.* sehnen wir wohl Alle den Augenblick herbei, wo die Ausbildung der Diagnostik unsern Kranken zu Gute kommen wird. Leider wird sie letzteren selbst *weniger* als den Aerzten zu Gute kommen. Sehr gewöhnlich sieht es, wo eine *spezielle, anatomische* Diagnose des Hirnleidens möglich ist, mit der Prognose und der Therapie sehr übel aus. In den Fällen, wo die Psychose extracerebralen, peripheren Ursprungs ist, kann die Diagnose ihres Ausgangspunktes allerdings dem Kranken *sehr* zu Gute kommen. *Hier* sind aber auch die diagnostischen Anhaltspunkte nicht mehr beschränkt und dürftig. Leider weicht die Psychose *nicht immer* sofort der direkt auf das leidende Organ oder den afficirten Nervenbezirk gerichteten Behandlung, und wir sehen, wie sie, wenn überhaupt, doch meistens nur *allmälig* zurücktritt, unter Beachtung allgemeiner hygieinischer Grundsätze. Aber *wir Aerzte* werden uns bei der Möglichkeit, bessere Diagnosen zu machen, besser stehen, weil Aufklärung befriedigt, beruhigt und uns befähigt, den Familien der Kranken, dem Publikum und den Behörden gegenüber *sicherer* autzutreten.

G.'s Ansicht, dass die Hauptschwierigkeit für den praktischen Arzt, sich mit der Psychiatrie vertrauter zu machen, „*darin* liegt, dass die Krankheitszustände in den Nervenapparaten, an denen Alle, welche irre reden, streben oder handeln, ohne Ausnahme leiden, bis jetzt noch so wenig gekannt sind“ — kann ich nicht theilen. Diese Zustände sind *tüchtigen* und erfahrenen Psychiatern auch dunkel geblieben. Wir können im Studium der Psychiatrie beginnen und fortschreiten, psychische Zustände in foro beurtheilen, auch Irre richtig behandeln, wenn wir überhaupt nur *Mediziner* sind und den Satz „Geisteskrankheiten sind Gehirn- und Nervenkrankheiten“ mit *G.* als die Voraussetzung, als das Fundament der ganzen Psychiatrie betrachten, wenn wir uns also des innern Zusammenhangs der Psychiatrie mit der Medizin, speziell der Gehirn- und Nervenpathologie bewusst bleiben. Dazu gehört dann ferner die Kenntniss der Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Diese verliert sich aber *sehr leicht* bei anderweitig sehr beschäftigten

praktischen Aerzten. Es kommt hinzu, dass diese im Allgemeinen von der Universität, wenn sie eine psychiatrische Klinik nicht besuchten, selten eine Anschauung konkreter Irreseinsfälle mitbringen, also nicht auf der Grundlage sinnlicher Erfahrung und fester Anhaltspunkte weiter studiren können. Ferner, dass zum psychiatrischen Studium in der gewöhnlichen Praxis einmal die Zeit und Ruhe fehlt, das andere Mal, bei der Trennung des Arztes vom Kranken, die Möglichkeit *genauer Beobachtung*, die eben den ununterbrochenen, häufigen und intimen Verkehr mit Irren erfordert. *Da* also haben wir die Schwierigkeiten für den praktischen Arzt zu suchen, weniger in der Dunkelheit der Krankheitszustände der Nerven, die ja auch durch die Auffassung des Irreseins als „Neuropathie" nicht erhellt wird.

Dass letztere bis jetzt noch so wenig gekannt sind, dass wir in konkreten Fällen von Irresein verhältnissmässig selten nicht mal die *gröberen* organischen Hirnzustände mit Sicherheit diagnosticiren können, hindert nicht die Möglichkeit eines genaueren psychiatrischen Studiums; wir können ohne Einsicht in die spezielle Natur und nervöse Basis des Irreseins, doch seine Ursachen, seine Phaenomene und verschiedenen Formen, seinen Verlauf und seine Ausgänge kennen lernen, und diese Kenntniss befähigt uns dann auch, dem Kranken, seiner Familie und in foro Rath und Auskunft zu ertheilen. Wir wissen wenig oder gar Nichts über den Zustand des Nervensystemes in der Hysterie und Epilepsie, und doch sind über die psychischen Störungen bei diesen Nervenleiden werthvolle Abhandlungen erschienen.

In dem folgenden Satze seines Vorwortes erörtert *G.*, „wie künstlich die herkömmliche (??) Trennung der Psychosen von den übrigen Nervenkrankheiten, wie gleichgültig es in vielen Fällen sei, ein Individuum gemüths- oder nervenkrank zu nennen, von wie geringer Tiefe der ganze Begriff der Geisteskrankheit sei"; er stützt sich dabei auf die Thatsache, „dass in den Irrenanstalten nur ein Theil der psychisch gestörten Nervenkranken sei, welche vorzüglich als die „Irren", bei Manchen als besondere Menschenklasse (!!) gelten, und dass ausser den Asylen Tausende Nervenleidender sich finden mit veränderter geistiger und gemüthlicher Reaction, deren Zustände durch zahllose unfassbare Mittelstufen in die eigentlichen Geisteskrankheiten übergehen."

Ich antworte *G.* darauf Folgendes. Ausser den wenigen Moralisten in der Psychiatrie hat kein Irrenarzt die Psychosen von den Nerven-

krankheiten künstlich getrennt; es ist im Gegentheil herkömmlich, erstere *unter* die letzteren zu reihen. Seit *Pinel*'s und *Esquirol's* Definitionen (s. oben) nannte man namentlich in Frankreich, deren Schriftsteller, z. B. *Cerise*, *Morel* u. s. w., *G.* doch recht gut zu kennen scheint, die Geisteskrankheiten auch „Maladies nerveuses." In Deutschland haben manche Irren-Anstalten den Titel „Asyl für Gehirn- und Nervenkranke" seit Decennien geführt. Der beste Schriftsteller über Nervenkrankheiten, *Romberg*, der für das neue Archiv den ersten Aufsatz schrieb, reihte unter diese auch die „Logoneurosen". Ich verweise *G.* auf die Citate im Anfange dieses Aufsatzes, ferner auf *Leubuscher*, Pathologie und Therapie der Gehirnkrankheiten, Berlin 1854, zum Ueberfluss noch auf den Schlusssatz des §. 3 der 2. Auflage seines Lehrbuchs, und hoffentlich wird er nun an eine „künstliche herkömmliche Trennung" nicht weiter glauben, resp. Andere daran glauben machen wollen, wie es fast scheint.

Ich stimme ihm vollständig bei, dass es in vielen Fällen gleichgültig ist, ob man ein Individuum gemüthskrank oder nervenkrank nennen will; ich habe meine 1857 ausgesprochene Ansicht, dass die krankhafte Gemüthsstimmung als Neurose des sensiblen Nervensystemes zu betrachten sei, nicht zurückgenommen. Auch wenn *G.* hier unter „gemüthskrank" „geisteskrank" verstehen sollte, stimme ich ihm bei; fast alle Fachgenossen haben stets dem schon *vor ihm* ausgesprochenen Satze „Geisteskranke sind Gehirnkranke" zugestimmt. Aber, wenn auch nicht zu seiner, so doch zur Belehrung Anderer, füge ich seinem obigen Satze hinzu, dass es in vielen Fällen auch nicht gleichgültig ist, ob man ein Individuum schon gemüthskrank oder nur nervenkrank *nennen* will. Nicht die allgemein hygieinische, die medikamentöse oder diätetische Behandlung, wohl aber manchmal sonstige Rücksichten erfordern diese Unterscheidung betreffs äusserer Verhältnisse, Lokation, Controle des Kranken, betreffs Massregeln, welche die Familie desselben treffen will, betreffs Fragen, welche von Behörden gestellt werden. Ein einfacher Fall, zur Belehrung praktischer Aerzte, von denen vielleicht einer oder der andere durch obigen Ausspruch G.'s zur Gleichgültigkeit in der Exploration veranlasst werden *könnte*. Eine Hysterische ist gewiss *nervenkrank*, sie *kann* auch, wenn auch vielleicht nur temporär, *effektiv* geisteskrank sein, d. h. dem Inhalte nach verkehrte Gedanken haben, ohne dass man diese sogleich entdeckt; es ist nicht selten schwierig,

das eigentliche Irresein zu konstatiren, es ist nicht recht fassbar. Behufs der *ärztlichen* Behandlung bleibt es sich gleich, ob sie irre ist oder nicht. Nun fragt aber die Familie, kann N. N. *allein* dahin, dorthin reisen, hier wohnen, dort wohnen? Die Entscheidung *dieser* Frage kann uns nicht gleichgültig lassen. Wir müssen den Fall *näher* untersuchen. Die „nur nervenkranke" N. N. bedarf der Controle nicht, die „schon gemüths- oder geisteskranke" N. N. erfordert sie, damit sie sich nicht schade und ihre Familie nicht kompromittire; beides kommt erfahrungsmässig bei Hysterischen vor.

Allerdings der Begriff „geisteskrank" ist von geringer Tiefe; wir können nicht nachweisen, was in der Tiefe des Nervensystems bei „Geisteskranken" vor sich geht, ja „ich glaube," sagt G.*), „wenn heute ein Engel vom Himmel käme und uns Alles erklärte, unser Verstand wäre gar nicht fähig, es nur zu begreifen!" Unser Verstand wird also auch durch die Erkenntniss, dass den Psychosen verschiedene neuropathische Zustände zu Grunde liegen, nicht viel weiter über jenen Begriff aufgeklärt. Aber dennoch sagen wir, dieser Nervenkranke *ist* geisteskrank, dieser *ist es nicht.* Es ist die *eine* Functionsstörung, die „Aberration des Vorstellens", das „irre Reden, Streben oder Handeln", welche herkömmlich, aber nicht künstlich, sondern natürlich, symptomatologisch die Geisteskranken von den übrigen Nervenkranken trennt; jene kann man auch Gehirnkranke oder auch „psychisch gestörte Nervenkranke" nennen. Der Begriff gewinnt dadurch nicht an Tiefe. Aber die functionelle Störung schafft doch eine natürliche Klasse von Nervenkrankheiten, welche auch die Neuropathologen als „Logo-Neurosen" trennen. Wenn bei dem Nervenleiden „die psychische Anomalie als Hauptsache erscheint, die Störung der „sensitiven und motorischen Functionen untergeordnet ist", was so oft der Fall ist, so kann man ja nach G. (2. Aufl. p. 9) das Leiden „Geisteskrankheit" nennen. Dieser Name involvirt aber für *Niemand von uns* eine künstliche Trennung.

Die Störung des Denkens ist nun auch die *einzige* Mittelstufe durch welche die Zustände der Nervenkranken in die eigentlichen Geisteskrankheiten übergehen, und von „zahllosen" Mittelstufen nach G. kann keine Rede sein. Aber dieses Symptom zeigt sich in sehr vielen Variationen, der Form und dem Inhalte nach, mit verschiedener Betheiligung der

---

[1]) Lehrbuch, 2. Auflage, §. 4.

sensitiven und motorischen Functionen des Gehirns, in verschiedener Entwicklung und Rückbildung, in verschiedener Wirkung auf den ganzen Organismus etc. So erfordert es in der That ein besonderes Studium, es schafft, wie eine besondere Krankheitsklasse, so auch eine besondere Wissenschaft, die man eben „Psychiatrie" nennt, und der G. auf dem Titel seines Archivs noch den Vortritt lässt vor den „Nervenkrankheiten," ich würde sagen „Neuropathologie."

Was begreift nun G. unter den „Nervenleidenden, deren geistige und gemüthliche Reactionen schon sehr verändert sind"? Sind es „sog. Geisteskranke" oder „übrige Nervenkranke"? Wir wissen alle, dass es ausser den „psychisch gestörten Nervenkranken, die vorzüglich als „Irre" gelten" weil sie in Irrenhäusern leben, noch Tausende von Nervenkranken gibt, die *auch* irre sind, ohne in Asylen zu leben; ja sie sind vielfach verrückter als die Irrenhäusler; und manche, welche nicht dafür gelten, werden doch von den Irrenärzten dafür gehalten. Also mit der künstlichen Trennung ist es Nichts.

G. bezeichnet weiter die häufigsten neuropathischen Zustände (konstitutionelle und hereditäre Nervenleiden, Lokalleiden des Gehirns, accidentelle, vorübergehende Hirnzustände), die nach seiner Auffassung bei den sog. Geisteskranken vorliegen, aber auch ohne psychische Anomalien oder nur mit leichteren, transitorischen, oft nur für den Sachkenner verständlichen Störungen auftreten u. s. w., so dass die Fälle nicht oder nicht sogleich oder nicht alle in die Asyle kommen, sondern auch ausserhalb derselben zu beobachten sind, wo dann durch den Vergleich mit psychischen Hirn- und Nervenkrankheiten, mit den leichteren Störungen, mit den Anfangsstadien, das Studium und das Verständniss der Neuropathien erleichtert werde. Aus der keineswegs vollständigen Uebersicht erhelle der innere Zusammenhang der psychiatrischen mit der sonstigen ärztlichen Beobachtung und die Nothwendigkeit, auf die wissenschaftliche Vereinigung beider hinzuwirken; die Ansichten, die sich in den Anstalten allein an den Objekten der dortigen Forschung gebildet, und die heut zu Tage als Psychiatrie gelten, könnten nicht mehr als die hinreichend umfassenden und allein massgebenden gelten.

Es ist nicht zu leugnen, G. trägt so Manches *so* vor, die Fassung seiner Sätze ist eine *solche*, dass mancher Leser wirklich glauben muss, als stehe G. auf einem andern Standpunkte, als die übrigen Fachgenossen, er auf einem wissenschaftlich höheren, diese auf einem niedrige-

ren. Nun haben aber letztere betreffs der genannten neuropathischen, bei den sogenannten Geisteskranken vorliegenden, Zustände *dieselbe* Auffassung, wie G., und diese existirte meines Wissens auch schon vor G. Wer von den Irrenärzten leugnet die Vortheile der Vereinigung der psychiatrischen mit der sonstigen ärztlichen Beobachtung? Ist nicht die Isolirung mancher Anstaltsärzte, die nur die Kranken ihres Hauses beobachten, oft beklagt worden? Während diese Ersatz durch medizinische Lektüre finden, wohnen andere in der Nähe grosser Städte, die ihnen die vortheilhafte Gelegenheit der Beobachtung von Neuropathien aller Art bieten. Mehrere Anstaltsärzte sind zugleich praktische Aerzte. Uebrigens kommen doch in den grossen Asylen selbst und auch in den kleineren Privat-Anstalten auch Nervenkranke vor, die man nicht zu den „eigentlichen Irren" rechnet. Jedenfalls sind die Irrenärzte durchschnittlich nicht Einsiedler oder Ignoranten, die sich um das nicht kümmern, was in der Welt ausserhalb ihres häuslichen Gebietes vorgeht. Keiner hat auch je, so viel ich weiss, behauptet, die in den Anstalten sich ergebenden psychiatrischen Ansichten seien die „allein massgebenden«. Hat nicht auch das Organ der deutschen Irrenärzte, die *Allg. Ztschr. f. Psychiatrie*, stets psychiatrische Abhandlungen von praktischen Aerzten aufgenommen? Hat sie nicht immer berichtet über die Forschungen von Nicht-Anstaltsärzten im Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervensystems? Hat sie nicht immer hingewiesen auf das Psychiatrische in nicht psychiatrischen Zeitschriften? Hat sie nicht neben den Verhandlungen der psychiatrischen Section auch oft die das psychiatrische Gebiet berührenden Vorträge der medizinischen Section der Naturforscher-Versammlungen aufgenommen? Wir betrachten *alle*, um es kurz zu sagen, die Psychiatrie nicht als ein abgeschlossenes Gebiet, sondern als integrirenden Theil der gesammten Medizin, so dass schon von verschiedenen Seiten der Vorschlag gemacht wurde, die psychiatrische Section auf den Naturforscher-Versammlungen in die medizinische aufgehen zu lassen. „Der innere Zusammenhang der psychiatrischen mit der sonstigen ärztlichen Beobachtung" ist mindestens der Mehrzahl von uns und „heut zu Tage" wohl *allen* Psychiatern längst klar, und es wurde schon der Versuch gemacht (*Albers*, Memoranda etc. 1855) die psychischen Störungen nach körperlichen Krankheiten anstatt nach psychischen Symptomengruppen zu klassifiziren, ein Versuch, den einer unserer ersten Irrenärzte sehr dankenswerth nennt.

Angesichts dieser und anderer Thatsachen wird G. hoffentlich es nicht für nöthig halten, die *Irrenärzte* auf die Nothwendigkeit der Vereinigung der psychiatrischen mit der sonstigen ärztlichen Beobachtung hinzuweisen.

Am Schlusse seines Vorwortes zeigt G. auf die „nach allen Richtungen fruchtbaren Konsequenzen des neuropathologischen Standpunktes" in der Psychiatrie. Er sagt „Unsere prognostischen und therapeutischen Anschauungen, der diagnostischen ist schon oben gedacht — die Fragen der öffentlichen Fürsorge für die Gemüthskranken, die grossen Fragen der gerichtlichen Medizin, welche so dringend neuer Bearbeitung bedürfen, wenn sie auch noch sehr lange nicht ihre definitive Lösung erwarten lassen — Alles dies hat nach meiner Ueberzeugung grosse Fortschritte von der innigen Durchdringung der Psychiatrie und der übrigen Neuropathologie zu erwarten."

Es unterliegt keinem Widerspruch, dass je klarer ein Fall von Irresein in seiner Genese, nach seinem Charakter, nach der somatischen Grundlage uns vorliegt, wir desto sicherere Anhaltspunkte für die Prognose und Therapie haben. So werden wir denn auch der Erfüllung unserer ärztlichen Aufgabe durch die Möglichkeit der Diagnose des der Psychose zu Grunde liegenden centro-peripheren Leidens näher kommen. Welche *grosse* Fortschritte aber die Lehre von der Solidarität der Psychosen und Neurosen für die Lösung der *forensischen* Fragen und der Fragen betreffs der *öffentlichen Fürsorge* für die Irren erwarten lässt, ist mir bis jetzt nicht ganz klar. Hoffentlich wird G. diesen Theil seines obigen Satzes demnächst näher erörtern und begründen.

Ich schliesse nicht mit den mir bekannt gewordenen Urtheilen verschiedener Irrenärzte über die Sprache G's in seinem neuen Archivet Die Kritik eines praktischen Arztes konnte ich in diesem Blatte nich. aufnehmen. Ich verhehle aber nicht, dass es *mir* scheint, als spreche G. mit zu geringer Rücksicht auf die Irrenärzte, manchmal, als ob er zu ihnen gar nicht gehöre. Man muss Jedem sein Urtheil gönnen; wer öffentlich schreibt, muss sich die öffentliche Taxation gefallen lassen. Ich wünsche aufrichtig, dass diese keine ungerechte sei.

Literatur.

Aus den Sitzungen der Berliner medizinisch-physiologischen Gesellschaft. (Archiv für Psychiatrie, 1. Bd., 1. Heft, p. 200.)

1. Dr. *Westphal*: Ueber Epilepse bei Säufern.

Untersucht man die an Delir. trem. aufgenommenen Kranken mit Rücksicht auf frühere epileptische Anfälle, so findet sich, dass bei $^1/_3$ der Aufnahme, d. i. bei etwas über 30% bereits früher epileptische Zustände bestanden. Nur wenige Kranke jedoch waren von Jugend auf epileptisch, sondern es waren die Anfälle fast stets erst in späterem Lebensalter eingetreten. Im Anfalle des Delir. tremens selbst, der zur Aufnahme führte, wurden bis dahin *nicht epileptische* Individuen, und zwar bei $^1/_3$ derselben, gleichfalls epileptische Anfälle beobachtet. Es waren also 30% sämmtlicher aufgenommener Kranken schon *vor* dem Delir. tremens epileptisch, von den nicht Epileptischen *wurden* erst 30% epileptisch im Anfalle des Delir. trem. selbst. — Die grösste Häufigkeit des Delir. trem. fand zwischen dem 30.—40. und 40.—50. Jahre ziemlich gleichmässig statt.

Auf Grund der vorliegenden Beobachtungen wird es wahrscheinlich, dass das chronische Trinken die Ursache der Epilepsie der Säufer ist; dass umgekehrt die Epilepsie eine Prädisposition zum Trinken setzt, und so die Häufigkeit der Epilepsie bei Säufern zu erklären sei, ist desshalb nicht wahrscheinlich, weil grade in dem jugendlichen Alter, wo die Epilepsie sonst bei Weitem am häufigsten zu entstehen pflegt, die betreffenden Kranken mit wenigen Ausnahmen nicht an Epilepsie litten.

2. Dr. *Laehr*, Mittheilungen aus der forensischen Medizin.

Laehr theilt einen Fall mit, in welchem er vor dem Schwurgerichte ein Gutachten in Betreff eines wegen Verletzung der Schamhaftigkeit Angeklagten abzugeben hatte. Während ein anderer Irrenarzt Simulation annahm, erklärte *Laehr* den Angeklagten für geisteskrank, und wurde letzterer freigesprochen. Er befindet sich jetzt in einer Irren-Anstalt. Bei Gelegenheit dieses Falles hebt *Lähr* mehr allgemeine Gesichtspunkte hervor, zunächst das Bedenkliche, welches Schwurgerichte bei zweifelhaften Fällen haben, um die Wahrheit in der Verhandlung allein zu ermitteln, namentlich bei *verschiedenen* Urtheilen der Experten;

es wird hier immer auf verschiedene anderweitige Umstände, Gewandtheit des Experten u. s. w. zu viel ankommen. Ferner wird betont, dass die Kranken sehr wohl Reue empfinden, Recht und Unrecht unterscheiden können u. s w. — und doch nicht als strafbar betrachtet zu werden brauchen. Interessant war der Fall auch desshalb, weil es sich nach dem eignen im Gefängnisse gemachten und später wiederholten Geständnisse des Kranken ergab, dass er Vieles in seinem Betragen und in seinen Reden daselbst simulirt hatte, ohne dass dennoch die Geisteskrankheit selbst simulirt war. Eine bestimmte *Form* von Geistesstörung liess sich schwer bezeichnen, und hält es *Laehr* auch gar nicht für nöthig, eine solche nachzuweisen.

Mit Bezug auf die Art und Weise des Krankenexamens seitens des ersten Gutachters, welcher dem Angeklagten durch allerlei Kunstgriffe das Geständniss der Simulation abgepresst hatte, wird davor gewarnt, einen Angeklagten, anstatt nur *ärztlich*, auf *Simulation* zu examiniren, und schliesslich an dem Falle selbst erläutert, wie das längere Sitzen im Gefängnisse bei manchen Geisteskranken zu allerlei abnormen Störungen führen kann.

Es sind desshalb zweifelhafte Kranke den Irrenanstalten zuzuweisen, oder Zwischenstationen einzurichten, in denen man sich gehörig um die betreffenden Individuen kümmert

An den Vortrag knüpft sich eine längere Diskussion, in welcher man sich allseitig mit dem von Dr. *Laehr* über den Fall abgegebenen Gutachten einverstanden erklärt.

Familien-Aufenthalt für schwachsinnige Kinder.

Der Lehrer *Friesenhahn* in Bendorf bei Koblenz nimmt seit mehreren Jahren schwachsinnige Kinder zur Erziehung und Ausbildung in seiner Familie auf. Die ärztliche Behandlung dieser Kinder habe ich übernommen. Den Herrn Kollegen ertheile ich gern nähere Auskunft.

Dr. *Brosius*.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 3. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Forensische Fälle von Mord- und Mordversuchen. Fall von Mordsucht. Die Rheinische Provinzial-Heilanstalt Siegburg. Aneurysma der Carot. int. mit Gehirnleiden. — Literatur.

Forensische Fälle von Mord und Mordversuchen.

(Aus den Annal. méd. psychologiq. in der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 24. Bd. 1. und 2. Heft.)

1. Die 47 Jahre alte, ledige, durch direkte Anlage zu Seelenstörung prädisponirte Marie P. ward angeklagt, einen Mordversuch auf ihre Nachbarin gemacht zu haben. Die Untersuchung konnte das Vorhandensein einer, auf Grundlage der Heredität, durch psychisch deprimirende Momente hervorgerufenen Psychose mit dem Charakter des „Verfolgungswahnes mit Sinnestäuschungen" nachweisen. Die Störung ging hier auf eine sehr entfernte Periode zurück. Simulation war auszuschliessen. Der Mordversuch war zweifellos unter dem Einflusse der Geisteskrankheit gemacht. — Freisprechung. Aufnahme in die Irrenanstalt.

2. Brigitte A., die vor 8 Jahren an zweifellosem Irresein gelitten hatte und seitdem als „halbgestört" von der öffentlichen Meinung bezeichnet wurde, ermordete in Folge einer auf dämonomanischem Wahne beruhenden Gehörstäuschung in plötzlichem Antriebe das Kind ihrer Schwester und verkündete alsdann laut ihre That, ohne Reue zu zeigen. Das Gutachten lautet auf Geistesstörung. Die Störung ist schon von

langer Dauer; sie fesselt vollständig die moralische Freiheit und das freie Wollen. Gegen Simulation spricht die ungemeine Schwierigkeit, die vorliegende Erkrankungsform nachzuahmen, ferner die öffentliche Selbstanklage und der lebhafte Protest gegen Geisteskrankheit.

3. Charles P. Mordversuch auf die Person eines Magistraten, in Folge der Wahnvorstellung, dass ihm grosse, durch Prozesse gewonnene Kapitalien zurückgehalten würden. Partielle Seelenstörung. P. wurde nach Jahresfrist nach einer heftigen Attaque von Intermittens genesen aus der Anstalt entlassen.

4. Ein 18jähriger Zögling eines Priesterseminars versuchte einen Kameraden und Freund Nachts im Bette mit einem Stockdegen zu erstechen und stellte sich gleich nach der That dem Gerichte. Erbliche Anlage. Gehirnkrankheit mit Konvulsionen im 3. Jahr. Nach einem Erysipel mit Delirien Ausbruch der Störung, die Anfangs sich durch Aenderungen des Charakters, verschiedene Excentrizitäten verrieth, in melancholische Depression mit Selbstmordgedanken überging. Später Mordtriebe, denen der Kranke nach langem Kampfe erlag. Die Expertise, die erst spät im Verlauf der gerichtlichen Verhandlung begehrt wurde, wies die Unfreiheit des Seelenzustandes nach.

5. T. R. erstach seine Frau Zweifelhafte Seelenstörung, Verweisung in die Irrenanstalt zur weiteren Beobachtung.

6. Schuhmacher L. tödtete bei Nacht mittelst Erstechens seine zweite Frau, mit der er erst seit 6 Monaten vermählt in sehr unfriedlicher Ehe gelebt hatte. Er zeigte die That vor Gericht an, ohne jede Reue zu äussern, indem er darauf bestand, seine Frau habe Ehebruch getrieben und ihm selbst nach dem Leben getrachtet. Der Angeklagte hatte schon längere Zeit vor der That deutliche Zeichen von Seelenstörung geboten; der Gerichtsarzt äusserte sich desshalb dahin: L. habe im Augenblicke der That nicht die Integrität seiner Geisteskräfte genossen, die Form der Störung sei Melanchol. mit Exaltation etc. Simulation sei auszuschliessen. Die gegenwärtige Ruhe und Einsicht des Angeschuldigten dürfe nur als ein Intervall vor unvermeidlich wiederkehrenden Anfällen aufgefasst werden, wesshalb L. im Interesse der öffentlichen Sicherheit einer Irrenanstalt übergeben werden müsse.

7. P. 60 Jahre alt, sehr gut beläumdet, friedlich mit den Seinigen, Landmann, ermordete seine beiden Töchter im Schlafe mittelst Spatenschlägen auf den Kopf Wie nebst anderen Beweisen aus der charak-

teristischen Erzählung des Angeklagten hervorgeht, litt er an jener Form der Melancholie, welche unwiderstehlich zu Gewaltthaten treibt, nach deren Vollführung sich der Kranke im höchsten Grade erleichtert fühlt. Mehre Monate hatte er diesen feindlichen Trieben widerstanden, bis er endlich erlag.

Das Gutachten lautet: P., zur Zeit psychisch frei, hat an einer als Melanchol. zu bezeichnenden Seelenstörung gelitten, welche ihn zum Mordtriebe disponirte; er sei im Augenblicke der That unzurechnungsfähig gewesen. Wegen künftig zu fürchtender Paroxysmen gemeingefährlich müsse er einer Anstalt übergeben werden.

8. Die Dienstmagd K. geistig wenig begabt, böswillig, rachsüchtig, früher schon in gerichtlicher Untersuchung, ward überwiesen, ihrem Dienstherren den Tag, nachdem er ihr gekündigt, eine Lösung Argent. nitr. in die Milch geschüttet zu haben. Dem Experten gegenüber suchte sie, allerdings sehr ungeschickt, hochgradige blödsinnige Schwäche zu simuliren. Das Gutachten lautet auf Fehlen jedes Irreseins und geistige Freiheit, bei allerdings wenig entwickelten Kräften. (Verurtheilung zu 4 Jahren Gefängniss.)

9. L. Dienstmagd, von väterlicher und mütterlicher Seite zu Seelenstörung disponirt, geistig mässig begabt und in ihrem 21. Lebensjahre offenbar gestört, stürzte sich Nachts mit dem ihr anvertrauten Kinde ihrer Herrschaft in einen Wasserbehälter, sprang wieder heraus, während das Kind ertrank. Die deutlichen Zeichen von Melanch. agitans wurden alsbald nachgewiesen, wesshalb das gerichtsärztliche Gutachten dahin lautet: L war während der That seelengestört, auch jetzt ist sie noch gestört und gemeingefährlich, wesshalb sie der Irrenanstalt übergeben werden muss.

10. M. erschlug Mittags auf öffentlicher Strasse vor Zeugen nach einem kurzen Wortwechsel seinen Vater mit einer Hacke und ging unmittelbar nach der That, ohne jede Gemüthsalteration zu zeigen, wie gewöhnlich seine Feldgeschäfte zu verrichten. Vor Gericht erzählte er getreu den Hergang der Sache und, statt Reue zu zeigen, bemühte er sich vielmehr, seine Berechtigung zu solcher Handlungsweise darzuthun. Da es zweifellos konstatirt wurde, dass M. schon über Jahresfrist an Verfolgungswahn mit vielen Gehörstäuschungen und mit feindlicher Richtung gegen seinen Vater litt, von welchem er bestohlen und verleumdet zu werden wähnte, dass also Seelenstörung vor, während und

nach der That bestand, so ward von gerichtsärztlicher Seite Unzurechnungsfähigkeit angenommen.

11. Ein Mann hatte seine Frau erschossen. Keine Seelenstörung, aber es wurde verminderte Zurechnungsfähigkeit angenommen wegen hereditärer Disposition zn Psychosen, welcher Annahme die Jury beitritt. (Sonderbar! Red.)

Fall von Mordsucht.

(Journal of Mental Science, 1863, Juli, p. 209).

Crichton Brown beobachtete im Asyle zu Derby folgenden Fall von Neigung zum Mord.

Ein Mann in den mittleren Jahren, Schneider, wurde von drei starken Leuten in das Derby-Asyl gebracht; für so gefährlich hielt man ihn. Früher war er im Bethlehem-Hospital, von wo er ungeheilt entlassen wurde. Daselbst litt er seiner eignen Aussage nach an Melancholie. Nach seiner Entlassung nahm er zu Hause grosse Quantitäten Morphium, um seinen Schwermuth zu mildern. Er war lenksam bis zwei Tage vor seiner Aufnahme in Derby, wo er sich verschlimmerte und Neigung zum Zerstören zeigte. Er machte mehrmals verzweifelte Versuche, seine Aufseher zu ermorden, und es gelang ihm beinahe, einen zu erdrosseln. Bei seiner Aufnahme fand man, trotz der Bemerkung betreffs seines gefährlichen Charakters, zwei Tafelmesser in seinen Taschen. Es war ein gesunder (? ?) starker Mann, bleich, anämisch; sein Ausdruck war der grossen Unglücks, der Puls klein und schwach. Einige seiner Verwandten starben an Herzleiden. Bald nach seiner Aufnahme machte er Angriffe auf die Wärter, er warnte sie, sich vor ihm in Acht zu nehmen, denn er fühle, dass er an ihre Kehlen müsse.

Der Kranke war seines peinlichen Zustandes vollständig bewusst, bedauerte seine Geisteskrankheit und namentlich seine Mordgelüste, die, wie er angab, sich nur anfallsweise einstellte. Diese Anfälle waren aber sehr häufig, nahmen aber mit der Aufnahme im Asyle allmälig an Zahl ab. Er war sehr unglücklich, hatte Reue wegen seiner Vergangenheit, aber keine Hoffnung für die Zukunft. Auch gestand er, Selbstmord beabsichtigt zu haben, obgleich er Anfälle grosser Furcht und Besorgniss

vor dem nahen Tode hatte. Anfangs redete er frei über seine mörderische Neigung und den unbezwinglichen Drang, seine Kleider zu zerreissen und die Fenster einzuschlagen.

Später, als er sich besserte, und seine Neigung erlosch, erschien er beschämt desswegen. Wenn er darüber sprach, so sagte er, diese Neigungen seien ihm ganz unerklärlich, und er finde zwischen ihnen und seinem verzagten Gemüthszustande keinen Zusammenhang.

Nachts hatte er Visionen; er sah vor sich hell- oder scharlachrothe Gegenstände; er klagte auch über Schmerz auf dem Scheitel und hinter und über den Ohren, auch am Hinterkopf, von wo manchmal ein Schauergefühl den Rücken hinunter gehe. Wenn die Anfälle kamen, war er sehr unruhig und er zitterte; zu andern Zeiten war er schlafsüchtig.

Er wurde mit gelinden Abführmitteln und Ferr. muriat. behandelt. Einige Besserung zeigte sich schon bald; die Anfälle traten in längeren Zwischenräumen auf und verliessen ihn dann gänzlich; aber er blieb noch sehr niedergeschlagen.

Es sei noch bemerkt, dass, als man ihm die Taschenmesser nahm, er sogleich zugab, sie zu Hause während eines Anfalles heimlich zu sich gesteckt zu haben, um Jemand damit zu vernichten. Nach einiger Zeit sagte er aber, sie hätten sich zufällig in seiner Tasche gefunden, er habe kurz vor seiner Abreise seinen Kindern einen Drachen machen und die Kordeln dazu mit dem Messer durchschneiden wollen.

Die Rheinische Heilanstalt Siegburg.

Aus dem „Aerztlichen Berichte über die Wirksamkeit der Irren-Heil-Anstalt zu Siegburg während der Jahre 1864, 1865 und 1866, erstattet im August 1867 von dem Direktor der Anstalt, Geh. Mediz.-Rath Dr. *Nasse*, Köln 1867“ heben wir für die Leser unserer Zeitschrift Folgendes hervor.

Die Anstalt hat in den genannten Jahren bedeutende Verbesserungen erfahren, deren günstiger Einfluss auf ihre hygienischen Verhältnisse schon jetzt merklich geworden ist. Nach Beseitigung der alten Latrinen-Einrichtung, neuer Anlage von Aborten mit einer Wasserleitung durch

das ganze Haus, beträchtlicher Verbesserung der Kost für die Normalkranken — hat der Typhus, der früher intensiv auftrat, nachgelassen, und das Haus ist seit vorigem Winter von allen typhösen Erkrankungen frei geblieben. Ebenso darf die kontagiöse Augenentzündung jetzt als erloschen bezeichnet werden. Die Luftverbesserung macht sich jedem Besucher der Anstalt, der diese aus früherer Zeit kennt, in überraschender Weise bemerklich.

Alle übrigen wesentlichen Missverhältnisse des Hauses bestehen noch fort und sind einer Beseitigung kaum zugänglich.

Daher kann Vf. im Interesse der Rheinischen Irren nur dringend wünschen, dass die durch sein Promemoria vom 4. Febr. 1865 bezeichnete Reform der Rhein. Irrenpflege, nach den Beschlüssen des 18. Provinzial-Landtages, bald möglichst verwirklicht werde.

Im Frühjahre 1865 ergab die vom Ober-Präsidium der Rheinprovinz angeordnete Zählung der Irren und Blödsinnigen die Zahl 4137. Verf. glaubt nach seinen Vergleichen und Nachforschungen überzeugt zu sein, dass diese Zählung hinter der Wirklichkeit zurückbleibt. Er hat mehr als 500 Irre nachgewiesen, welche nicht in den Listen aufgenommen wurden, und spricht daher mit Recht den Wunsch aus, dass auch in der Rheinprovinz die Irrenzählung in dreijährigen Perioden wiederholt werde, da nur eine möglichst vollständige Kenntniss der obwaltenden Bedürfnisse der Irrenpflege auch die Fingerzeige für ihre zweckmässige Befriedigung an die Hand gibt. Unsre Nachbarstaaten (Holland und Belgien) haben sich diese Erfahrung bereits mit grösstem Erfolge für ihre Irrenpflege zu Nutze gemacht.

Die Frequenz der Heilanstalt blieb in den letzten drei Jahren auch fast gleich; es fanden 863 neue Aufnahmen statt, und im Ganzen wurden 1070 Kranke verpflegt. Eine ähnliche Ueberfüllung, wie sie im vorigen Berichte beklagt wurde, musste die Direktion nach Kräften verhüten, da mit der Ueberfüllung einer Irren-Anstalt bekanntlich Hausordnung und individualisirende Behandlung mehr und mehr verloren gehen, und in Siegburg noch eine besondere Gefahr von den örtlichen Verhältnissen her drohte.

Der durchschnittliche Krankenbestand hat für die Jahre 1864—66 nur die Höhe von 208 erreicht. Seit einer Reihe von Jahren wurden in den 6 Sommermonaten um die Hälfte mehr Kranke, als in den Wintermonaten, der Anstalt zugeführt. Uebrigens ist die Zahl der Aufnahme-

Anträge im steten Steigen begriffen. Während in den vier Jahren 1860 bis 1863 1421 Kranke zur Aufnahme vorgeschlagen wurden, sind in den drei Jahren 1864—1866 1257 Anmeldungen erfolgt, von denen 291 abgelehnt werden mussten.

Unter diesen befinden sich aber auch manche; die, wie Epileptiker, nach den Statuten der Anstalt keine Aufnahme finden können.

Nach diesem sollen vorzugsweise frische Fälle, deren Dauer 8 Monate nicht übersteigt, aufgenommen werden. Nächst der Krankheitsdauer bildet der Verlauf und die Form des Irreseins das wichtigste Kriterium für die Geeignetheit zu einem Kurversuche. Namentlich muss die Anstalt sich solcher sekundärer Fälle erwehren, die in Folge ihrer Unruhe und Gewaltthätigkeit die Räume in den Abtheilungen der Aufgeregten zum offenbaren Nachtheile für die frischen Krankheitsfälle einnehmen würden.

Dennoch ist die Entscheidung über die Zulässigkeit der Aufnahme bei Mangel an genügender Auskunft im einzelnen Falle oft schwierig. Daher hat Vf. hauptsächlich vom vorigen Jahr an den Ausweg eingeschlagen, irgend zweifelhafte Fälle, die noch heilbar oder besserungsfähig sein könnten, zur Beobachtung und gründlichen Untersuchung, die nur in einer Kranken-Anstalt thunlich ist, wenigstens vorläufig aufzunehmen. So wird dem Kranken vorerst ein Asyl geöffnet, indem er je nach dem Ausfall der Untersuchung länger bleiben, oder aus dem er wieder ausscheiden kann, nachdem die nöthige Einleitung zu seiner Uebersiedelung in andere passende Pflege getroffen ist.

Um für diese Kranken den nöthigen Raum zu gewinnen, wurden auf den Vorschlag des Vf. ein Theil der Wohnungen für Pensionäre für die Aufnahme von Normalkranken bestimmt.

Durch die unbegränztere Zulassung prognostisch zweifelhafter Fälle werden die Genesungs-Erfolge der Anstalt sich allerdings nicht glänzender gestalten.

In Siegburg bestätigte sich die auch anderwärts gewonnene Erfahrung, dass rückfällige Geistesstörungen eine günstigere Prognose als die erstmaligen Erkrankungen bieten, durch frappante Zahlen.

Von den 742 Ausgeschiedenen, die zum ersten Male erkrankt waren, sind 204 genesen und 78 gebessert entlassen worden, also 27,5 resp. 10,5 %, während von den 121 zu wiederholten Malen Aufgenommenen 45 resp. 26, also 37,2 resp. 21,5 als genesen resp. gebessert ausschie-

den. Von den zum dritten Male und noch häufiger aufgenommenen 39 Kranken, die in der Berichtsperiode entlassen wurden, sind sogar 51,3% genesen.

Trotz der lokalen grossen Schwierigkeiten, welche die Anstalt in den besonders unvollkommenen Einrichtungen der Abtheilungen für aufgeregte Kranke bietet, ist es dem Verf. gelungen, die Zwangsanwendung in den letzten Jahren wesentlich zu vermindern*). Namentlich hat sich für die Erreichung dieses Zieles die Einführung von Listen bewährt, die (nach englischem Muster) von dem Oberwärter resp. der Oberwärterin geführt werden und zur namentlichen Eintragung jedes einzelnen Falles mit Angabe des Grundes, der Dauer, der Art und des Erfolges der Beschränkung bestimmt sind. Die Nothwendigkeit, sich selbst über jeden Fall von Zwangsanwendung genau Rechenschaft zu geben, und das Bewusstsein einer strengen Ueberwachung, welches sich dem Wartpersonal dadurch einprägt, üben offenbar einen wohlthätigen Einfluss in dieser Hinsicht aus. Eine gänzliche Beseitigung der körperlichen Beschränkung ist für die *Siegburger* Heilanstalt gradezu eine Unmöglichkeit. Auch kann Vf. nicht umhin, seine Ueberzeugung dahin auszusprechen, dass die vorsichtig bemessene Anwendnng mechanischer Beschränkung bei Kranken, welche der vernünftigen Selbstbeherrschung ihrer Triebe ermangeln, in grossen öffentlichen Anstalten als eine Wohlthat für die Kranken selbst, nicht weniger als für die zu ihrer Pflege berufenen Gesunden anzusehen ist.

Der Krankenbestand ult. December 1863 war		207
In 1864—1866 wurden aufgenommen		863
Summa der behandelten Kranken		1070
Davon wurden entlassen		
geheilt	249	
gebessert	98	
ungeheilt	405	
vorzeitig zurückgenommen oder entlassen .	60	
als nicht irre	1	
gestorben	50	
	863	

*) Es ist erfreulich zu konstatiren, dass in fast allen Anstalten die Anwendung der Zwangsmittel seltener wird. (Red.)

Nach Tabelle C betrug die *Dauer der Krankheit vor der Aufnahme*:

bis zu 1 Monat	in	133	Fällen, davon genasen . . .	65
1—3 „	„	305	„ „ „	96
3—6 „	„	253	„ „ „	54
6—12 „	„	173	„ „ „	25
1—2 Jahre „	„	108	„ „ „	8
2—5 „	„	65	„ „ „	1
über 5 „	„	30	„ „ „	0
				249

Nach Tabelle D war die Form der Seelenstörung

1. Tobsucht	in 228	Fällen, davon geheilt	110
2. Melancholie	„ 230	„ „ „	84
3. Wahnsinn	„ 334	„ „ „	55
4. Verrücktheit	„ 37	„	
5. Blödsinn	„ 148	„	
6. Geistesstörung mit Lähmung	„ 90	„	
7. Geistesstörung mit Epilepsie	„ 2	„	
Summa	1069		

Nach Tabelle F waren von den 1069 Kranken aufgenommen:

zum 1. Male	916,	davon genasen	204
„ 2. „	102,	„ „	25
„ 3. „	27,	„ „	9
„ 4. „	10,	„ „	5
„ 5. „	6,	„ „	4
„ 6. „	5,	„ „	1

Auch wurde ein zum 11. Male Aufgenommener Kranker geheilt entlassen.

Diese Tabelle ist eine deutliche Illustration der obigen Bemerkung des Verf. betreffs der Heilungsfähigkeit der rückfälligen Geisteskranken.

Wir stellen den Lesern unseres Blattes die Berichte über Siegburg und mehrere andere Irrenanstalten gern zur Verfügung. *B.*

Aneurysma der Carot. int. mit Gehirnleiden.

Die Gazette médicale vom 21. Sept. entlehnt der Medical Times die Mittheilung von *Patrick Masson*, dass Gehirnsymptome durch ein Aneurysma der Carotis interna, das gewöhnlich an deren Ursprung auftrete, hervorgerufen werden können. Seine Wände sind fast immer verdickt und atheromatös. Es ist klein, von verschiedener Form und tritt oft auf beiden Seiten auf. Man findet es in Fällen von allgemeiner Paralyse, Altersblödsinn, Hirnatrophie, auch bei Individuen mit heftigen und langen Aufregungszuständen.

Journ. de méd. mentale 1867. Octob.

Literatur.

Vierteljahrsschrift für Psychiatrie von Professor Dr. *Leidesdor* und Dr. *Meynert*. 1867. I. Heft.

Das vorliegende Heft der neugegründeten Zeitschrift enthält schätzenswerthe klinische Beiträge von *Meschede* (zur Unterscheidung der reinen Meningitis cerebro-spinalis von der mit direkter Erkrankung des Hirngewebes verbundenen Meningitis bei Dementia paralytica) und von *Joffé* (Geisteskrankheit durch Embolie der Hirngefässe bei Insuff. mitr.); von allgemeinem Interesse aber sind zwei Arbeiten von *Wundt* und *Meynert*, — erstere „über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der physiologischen Physiologie“, letztere „über den Bau der Grosshirnrinde.“

Die in der Journalliteratur weit zerstreuten und an sich rudimentären Vorarbeiten auf dem Gebiete der physiologischen Psychologie zu sammeln, war ein schwieriges aber um so dankenswertheres Unternehmen, zu welchem Niemand befähigter sein konnte, als der geniale Heidelberger Forscher selbst, welcher sich dabei grossentheils seinen eigenen psycho-physiologischen Arbeiten gegenüber befand.

Zwei Kapitel sind es vorzüglich, welche durch die Arbeiten der letzten Jahre an Klarheit und Reichthum des Materials gewonnen: die *Lehre von der sinnlichen Wahrnehmung* und *die psychologische Zeitmessung*. In Betreff der sinnlichen Wahrnehmung handelte es sich vor Allem um die Frage über *das Zustandekommen der Raumanschauung*, welche seit *Kant* und *Joh. Müller* abwechselnd bald mehr als psychisches,

bald mehr als [sensorisches Thätigkeitsergebniss angesprochen wurde. *Wundt* kommt nach Besprechung der neuesten Versuche und Beobachtungen darüber etwa zu folgenden Sätzen:

1) Unseren Empfindungen kommen nur qualitative und intensive Verschiedenheiten zu, dieselben enthalten aber ursprünglich keine räumlichen Beziehungen in sich. Zur Auslegung unserer Empfindungen, namentlich aber zur Beurtheilung der relativen Lage und Richtung der Objekte und ihrer Theile bedürfen wir der Erfahrung.

2) Als Motiv und Hilfsmittel zur (psychischen) Bestimmung einer räumlichen Ordnung der Empfindungen sind mit Wahrscheinlichkeit zwei Systeme anzuerkennen:

a) die *Lotze*'schen sogen. *Lokalzeichen*, d. h. jedem einzelnen empfindenden Punkte des Sinnesorgane anhaftende Färbungen der Empfindung, welche von der Beschaffenheit des äusseren Eindruckes unabhängig sind,

b) eine *intensive Abstufung der Bewegungsempfindungen* oder besser *der Innervationsgefühle der Augenbewegungen*, indem nach dem Maasse der Anstrengung in den einzelnen Muskeln die Richtung des percipirten Objektes beurtheilt wird.

Die Leistung der „Lokalzeichen“ will *Wundt* mehr als eine qualitative, diejenige der Innervationsgefühle als eine quantitative für die Bestimmung der Raumbeziehungen gelten lassen.

Die *psychologischen Zeitmessungen*, welche ihre erste Anregung den Beobachtungen der Astronomen über die persönliche Differenz verdankten, wurde von dem Neuenburger Astronomen *Hirsch* und Dr. *de Jaager*, einem Schüler *Donders*, vervollkommnet. Ersterer konstatirte den Einfluss der Aufmerksamkeit auf das Zeitmaass, welches die Wahrnehmung eines sinnlichen Phänomenes und die Reaction darauf erfordere; letzterer ermittelte, um wie viel die „physiologische Zeit“ grösser ausfalle, wenn zwischen die Wahrnehmung und die Reaction auf dieselbe eine Beurtheilung oder Ueberlegung eingeschaltet werde, als wenn einfach ein wahrgenommenes Phänomem registrirt werde. Diese Zeitdifferenz, welche also das Dauermaass einer einfachsten Reflexion darstellte, belief sich auf 0,07—0,16 Sekunde.

Auch unter *Vierordt*'s Leitung wurden von *Camerer* und *Hoering*, sowie gleichzeitig in Wien von *E. Mach* Zeitmessungen vorgenommen, welche indess weniger rein psychologische als vielmehr sensorische und

motorische Dauergrössen betreffen und nur gelegentlich sich mit jener durchkreuzen.

Das einfachste Problem der psychologischen Zeitmessung, die Messung der Perceptionsdauer wird von *Wundt* in folgender Weise gelöst. Ein Zeiger wird vermittels eines Pendels an einer Winkelskala vorbeigeführt, und während der Zeiger an einem bestimmten Theilstrich vorbeigeht, schlägt zugleich ein Hämmerchen gegen eine Glocke. Es ergibt sich dass der Zeiger im Moment, in welchem der Schlag geschieht, nicht an derjenigen Stelle gesehen wird, die dem Glockenschlage wirklich entspricht, sondern nicht unbeträchtlich davon entfernt. Diese Entfernung drückt das Zeitmoment aus, welches erfordert wird behufs Verbindung der disparaten (Schall-) Vorstellung mit der Gesichts-Vorstellung. Zu dieser Vorstellungsverbindung gebrauchen verschiedene Individuen eine verschiedene Zeitdauer, und dasselbe Individuum kombinirt um so rascher, je gespannter seine Aufmerksamkeit auf die beiden zu percipirenden Eindrücke gerichtet ist.

Der Aufsatz von Dr. *Meynert* über den Bau der Grosshirnrinde verfolgt die Tendenz, eine distributive Correlation der verschiedenen Hirnrinden-Abschnitte zu den verschiedenen psychischen Thätigkeitsbeziehungen, also schlechthin eine Organologie der Rinden-Oberfläche zu konstruiren. In wie weit dem Verfasser auch nur eine Anbahnung zu einer so bedeutungsvollen Lehre, mit welcher *Gall* vollständig Fiasko gemacht, gelingen werde, ist aus dem vorliegenden ersten Abschnitte seiner Arbeit noch nicht zu ersehen; doch spricht aus derselben ein gründliches selbständiges Studium der einschlägigen anatomischen und physiologischen Fragen, sowie — im Gegensatze zu *Gall* — das Streben nach exakter Untersuchungs-Methode heraus. Instruktiv sind die beigefügten mikroskopischen Rinden-Durchschnitte, welche zum Belege bestehender Bau-Differenzirungen in verschiedenen Abschnitten der Hirnrinde dienen.

Finkelnburg.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 4. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Die Dysphrenia neuralgica (Schüle's). Das Irresein auf Cuba. Zur Casuistik Digitalis gegen Hallucinationen. The Care and Treatment of the Insane Poor. — Literatur.

Die Dysphremia neuralgica (Schüle's) *)

Analyse von Dr. Brosius.

Der alten Ansicht, dass die Geisteskrankheiten Hirn- und Nervenkrankheiten seien, hat die Monographie Dr. *Schüle*'s eine neue und kräftige Stütze verliehen. Wir sind dem Vf. für die Anregung zu einer sorgfältigen Untersuchung der Irren betreffs sensorischer Störungen und für die Erweiterung unserer Anschauungen über den neuropathischen Charakter des Irreseins zu grossem Danke verpflichtet, zu um so grösserem, *falls* fortgesetzte Beobachtungen wirklich lehren sollten, dass die therapeutischen Gesichtspunkte seiner gründlichen und lehrreichen Abhandlung die Heilung der Irren öfter und leichter, als bisher, ermöglichen. Auch für prakt. Aerzte ist obige Abhandlung so instruktiv, dass wir sie ihrem Studium angelegentlichst empfehlen. Hier können wir nur aus dem allgemeinen Theile das Hauptsächlichste wiedergeben, wobei wir, des Vergleiches halber, auch die Ansichten anderer Autoren anführen werden.

*) Eine klinische Abhandlung. Nach Beobachtungen an weiblichen Kranken etc. von Dr. *Schüle* in Illenau. Carlsruhe, 1867.

Vf. betrachtet die neuralgischen Sensationen nach ihrem doppelten Verhältnisse zur Geisteskrankheit, und zwar:

1. in ihrer psychischen Verwerthung.

Bei Erkrankung des Sensoriums, wo die kritische Kraft des Bewusstseins geschwächt ist, und das korrigirende Urtheil oft ganz fehlt, werden die Gefühls-Eindrücke in Wahn-Vorstellungen umgesetz, *allegorisirt.* Nach Vf. ist dieser Prozess bei Irren so durchgängig, dass, wo eine Wahnvorstellung ist, wenige Fälle ausgenommen, auch eine zugehörige Neuralgie da sein muss. Letztere ist nur oft schwierig aufzufinden. Bei Affectionen bestimmter Nervenbahnen lassen sich bestimmte typische Grundzüge, bestimmte Färbungen der allegorischen Uebertragung aufstellen. So erscheinen die Interkostal-Neuralgien fast immer unter einer *dämonomanischen* Wahnvorstellung; bei sexuellen Reizen *erotische* Aeusserungen, Heirathsprojekte; Schwangerschaftswahn etc.; bei Neuralgien des Hinterkopfs und der Stirn der Wahn, nicht mehr denken, sich nicht einmal die Bilder der Angehörigen vorstellen zu können.*) Durch fortgesetzte Beobachtungen, meint Verf., werden sich vielleicht für bestimmte Gruppen von Nervenbahnen auch konstant zugehörige allgemeine Typen der Allegorisirung nachweisen lassen.

Mit Recht hebt er aber hervor, dass neben dem peripheren der centrale Faktor, das kranke Sensorium, das wichtigere, bestimmende Moment für die Färbung der Wahnideen sei. Daher der *Wechsel* der letzteren als Aequivalente *desselben* neuralgischen Punktes, bei der Entwicklung und Rückbildung der Psychose. Die Qualität des Wahnes ist also die Resultante aus dem centralen und peripheren Faktor. Ein Wechsel in der Färbung oder ein neu hinzutretender Kreis von Allegorien fordert zum Aufsuchen neuer neuralgischer Reize auf.

Wir glauben, dass mehr noch das *Gedächtniss*, der Inhalt der dem Kranken noch vorräthigen Erinnerungen und seiner *gesunden* Vorstellungen und Ansichten, mehr als das *kranke* Sensorium auf die Qualität seines Wahnes influire. Aus den Eindrücken der Vergangenheit konstruirt sich sein gegenwärtiger Wahn, wie beim Gesunden die letzten Gedanken stets nur das Facit der lange oder kurz vorangegangenen sind. Daher richtet sich der Inhalt des Wahnes nach den früheren Er-

*) Ein solches Unvermögen kann aber wirklich als Folge des centralen Leidens bestehen. (Ref.)

lebnissen des Kranken, nach seinen äusseren familiären und socialen Verhältnissen, nach seiner Nationalität und Konfession, nach seinem Berufe und Geschäfte; kurz, es ist der Inhalt der Vergangenheit, der im Irresein verkehrt vorgestellt und zu neuen verkehrten Vorstellungen über die Zukunft verwerthet werden kann, wobei die augenblicklichen äusseren Verhältnisse, die verschiedensten Sinneseindrücke, ebenso wie die krankhaften Empfindungen mitwirken. Um uns daher den Inhalt des Wahnes zu erklären, haben wir vor Allem die Geschichte des Individuums zu erforschen; und weil uns so manche Details aus dieser unbekannt bleiben, bleiben uns auch so viele Aeusserungen, so manche Neigungen und Abneigungen, Manieren und Bewegungen des Kranken unerklärlich und räthselhaft. Anderntheils können diese dann auch durch *kranhhafte* Sensationen bedingt sein.

Der klinischen Beobachtung zufolge *bleiben* nach Verf. die Wahnvorstellungen und die Neuralgie *in Verbindung und wechselseitiger Beziehung.* Die Festigkeit der Verbindung wird dadurch vermehrt, dass die Neuralgie durch somatische Verhältnisse meist in zeitweiser Exacerbation erhalten wird, wodurch auch immer ihr psychisches Aequivalent in's Steigen kommt. Tritt die Wahnvorstellung hervor, so wird auch der neuralgische Schmerz wieder fühlbar. Dieses *gegenseitige* Verhältniss bezeichnet Vf. als *Circulus vitiosus*, der peripher und central die Auslösungspunkte hat. Die Persistenz der Neuralgie schafft der Wahnvorstellungsreihe die quantitative Stellung, ihre Prävalenz vor andern Vorstellungen.

Unter den deutschen Aerzten hat namentlich Dr. *A. Krauss* *) in einer an konkreten Fällen reichen ausführlichen Abhandlung auf die Allegorisirung der neuralgischen Sensationen im Irresein und auf die Entwicklung der geistigen Störnng aus sensitiven Anomalien hingewiesen. Er bezeichnet die *Dämonomanie*, deren Basis nach *Schüle* gewöhnlich Interkostal-Neuralgie ist, als die vorherrschende Form der der pneumatischen Bahn des *Nv. vagus* entkeimenden Wahnvorstellungen; aus der gastrischen Bahn gehe der *Vergiftungswahn* hervor, und der Heisshunger inkarnire sich nicht selten in gefrässige, den Mageninhalt verschlingende Ungeheuer. Die specifische Wahnform der sexuellen Region

*) Der Sinn im Wahnsinn, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. 1858. 6. Heft, 1859 1. u. 2. Heft.

sei die *Erotomanie*, die sich auch zur religiösen Melancholie und wilden Nymphomanie entwickeln. Aus der Wirkung peripherer Schmerzempfindungen mit der dem pneumatischen Systeme immanenten Angstempfindung gehe der *Verfolgungswahn* hervor. Die speziellen Sensationen bedingen nach *Krauss* die verschiedenen Specialformen des Irreseins; der Grundcharakter desselben, die Totalstimmung habe ihre Wurzel vorzugsweise im Centrum. Ich verweise des Weiteren auf seine Abhandlung, die uns auch beweist, dass die Lehre von der Solidarität der Psychosen und Neurosen durchaus nicht das Resultat „*der unmittelbaren Gegenwart*" ist, wenn auch die Gegenwart *neuer* Termini sich bedient.*)

Flemming **) bezeichnet *Kopfschmerz* und *Präkordialangst* als die konstantesten Symptome der Seelenstörungen. Ersterer, der in der Stirn- oder Scheitelgegend oder im Hinterkopfe sitze — er nennt ihn nicht Frontal- oder Occipital-Neuralgie — gehöre mehr dem Stadium der Vorboten und des Ausbruchs an. Sie beruht nach ihm auf einer krankhaften Affection des *Vagus* (der Medulla oblongata), könne primär oder sekundär sein etc. Nicht selten begleite diese Unruhe (in der Herzgrube) ein unangenehmer und peinlicher Gedanke, welchen der Kranke als die Ursache derselben betrachtet. Als eine fernere Steigerung reiht sich jene Rastlosigkeit an, die den Kranken von einem Flecke zum andern treibt. Gewöhnlich, doch nicht immer, sei auch hier eine Wahnidee der scheinbare Grund: die Furcht vor eingebildeten Gefahren oder vor einem Verbrechen etc.

Griesinger spricht von der Umsetzung der Gefühlsstörungen in Wahnideen in seinem Lehrbuche 2. Aufl. §. 49, 52, 61. Er weist hier auf die *Anomalien des Gemeingefühls*, als Grundlage des Wahns verwandelter Persönlichkeit; alle tieferen Alterationen des Gemeingefühls gehören zu den wichtigsten Elementen der Geisteskrankheiten. Wenn diese allgemeine Grundlage der körperlichen Empfindungen verfälscht sei, bilden sich unendlich leicht entsprechende Wahnvorstellungen, und es sind diese Anomalien speciell aufzusuchen, da sie doch zuweilen therapeutisch berücksichtigt werden können. Die falsche Auslegung der abnormen Sensationen der Haut und Eingeweide rechnet *Griesinger* (§ 61) zu den *Illusionen*. Der Anfang dieser bestehe darin, dass gewisse

*) *Griesinger*, Vortrag in der Charité etc., Archiv f. Heilkunde, Bd. 7.
**) Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1848, 3. Heft.



schmerzhafte Empfindungen von den Kranken auf phantastische Weise mit analogen Vorgängen nur *verglichen werden.* Aber die anfangs bildliche Vergleichung wird bei starkem und anhaltendem Fortbestehen jener Empfindungen — zum ausgebildeten Wahn. Alle Theile des Körpers können zum Ausgangspunkt solcher Wahnideen werden.

In meinen psychiatrischen Abhandlungen, wo im 2. Hefte p. 6 u. ff. von der Betheiligung der sensiblen Störungen am Irresein die Rede ist, habe ich p. 15 ein instruktives Beispiel von Allegorisirung des Kopfschmerzes mitgetheilt.

N. N., melancholisch, klagt hauptsächlich über eine dumpfe, drückende Sensation im Kopfe. Nach einiger Zeit variirte der Schmerz; die Kranke sprach von einem Gefühle, als risse man das Gehirn auseinander. Noch später sagte sie, es sei ihr, als kratze man mit den Fingern über das Gehirn, wobei sie dann wohl eine nachahmende Bewegung ihrer Finger machte. Dieser Sensation folgte dann der Wahn, dass ein Huhn in ihrem Kopfe kratze.

Griesinger hat Recht, die Kranken vergleichen oft zuerst nur ihre Empfindungen mit Eindrücken von gewissen Vorgängen; schliesslich entstehen Wahnbildungen, die anfangs auch noch nicht feststehen.

Auf das gegenseitige bleibende Verhältniss der Wahnideen zur neuralgischen Sensation, so dass jene durch diese, diese durch jene hervorgerufen wird — welches Verhältniss *Schüle* als Circulus vitiosus bezeichnet — ist in *dieser* Weise meines Wissens noch nicht hingewiesen worden. Ein solches Verhältniss ist bei Irren a priori nicht zu bezweifeln, da das Vorstellen zum Empfinden im Allgemeinen, auch bei Gesunden, in einer solchen Beziehung steht oder stehen kann — indessen durch die konkreten Fälle des Vf., auch durch die, in welchen nach ihm der Circ. vit. sehr markirt ausgesprochen war (p. 44), meiner Ansicht nach nicht bewiesen. Sie beweisen allerdings die *Einleitung* des Paroxysmus durch die periphere Sensation (aura) oder das parallele Auftreten von neuralgischen und psychischen Störungen, aber durchaus nicht den *Causalnexus*, der durch den Ausdruck „Circul. vit.“ bezeichnet wird. Dass namentlich in den beiden Fällen (p. 44) die Neuralgie auch durch das *Delirium* eingeleitet wurde, erfahren wir doch nicht, sondern nur, dass auch *psychische Erregung* (Versagung eines Wunsches, ernster Zuspruch) die Neuralgie und damit den Anfall herbeiführte — ein bei hirnkranken Individuen, namentlich bei hysterischen Personen, sehr gewöhnliches Faktum. Der zum Gehirn gehende Reiz, welcher Art er auch sei, bringt

den centralen Zustand zur Steigerung, dessen Symptome die Wahnideen *und* die sensitiven und motorischen Störungen sind, aber als *Coëffekte.* Das der Zeit nach *erste* Symptom des Paroxysmus ist darum nicht die Ursache, der Ausgangspunkt der folgenden Symptome. Die Kranken sprechen zwar manchmal *so* über ihren Zustand, als kämen ihnen gewisse Gedanken aus bestimmten Theilen des Körpers, als seien gewisse Affectionen die Ursache ihrer Ideen und Stimmung, oder diese die Ursache jener. Aber wir dürfen dieser Beurtheilung Seitens der Kranken doch nicht unbedingt trauen, um so weniger, wenn auch in ihren ruhigen Zeiten, zwischen den Steigerungen der Krankheit, die Existenz eines centralen Leidens unzweifelhaft ist, aus welchem sowohl der ganze Symptomen-Komplex, als die periodische Steigerung der Symptome (der Paroxysmus) erklärlich sind.

Der epileptische Anfall, der mit sensorischen, motorischen oder psychischen Signalen beginnt, wird doch durch diese Symptome, die meistens nur Effekt des centralen Leidens sind, nicht verursacht. Ebenso ist es mit den Vorboten des hysterischen Paroxysmus.

Uebrigens besteht in manchen Fällen von Irresein nicht mal ein zeitliches Zusammensein, eine Parallelität der verschiedenen Symptome.

Ein Kranker, 20 J. alt, mit familiärer Disposition zu Nervenleiden, leidet seit 6 Jahren an *Kopfschmerz,* angeblich das erste Symptom seiner Krankheit. In den letzten Jahren gesellten sich dazu *Schwindel* (kurz dauerndes Gefühl des Umfallens mit dem Bedürfniss, sich an Etwas festzuhalten) und *irreguläre Zuckungen*, in den Lippen, in den Händen, am Rumpfe. Er leidet auch an *Phantasmen* des Gesichts und Gehörs, die oft sehr lebhaft sind, doch bezeichnet Pat. sie als Trugbilder, behauptet wenigstens, dass er wisse, es seien keine Wirklichkeiten. Zeitweise, in letzter Zeit häufiger, tritt *melancholische* Verstimmung ein bis zum *Lebensüberdruss.*

Der Kopfschmerz, früher oft lange aussetzend, ist im letzten Jahre dauernd geworden, jedoch mit Remissionen oder nur mit minutenlangen Intermissionen; er ist fix, wandert nicht, „sitzt in der Mitte des Kopfes, als ob die Nerven auseinander gezogen werden.“ Dabei ist der Kopf bald heiss, bald, doch seltener, kühl. Früher bestand wohl Hitze des Kopfes allein, ohne Schmerz; jetzt sind Schmerz und Hitze fast immer gleichzeitig. Oft hat der Kranke ein Gefühl von „Starrheit“, d. h. er sitzt unbeweglich da und fürchtet den Kopf zu bewegen, als ob durch Bewegung der Schmerz sich steigern werde. Dann aber wird er bald durch denselben gezwungen sich zu bewegen, ohne jedoch Erleichterung zu finden. In der Schulter hat er manchmal das Gefühl, als müsse er sie erheben, den Arm verziehen, im Oberschenkel die Empfindung, als müsse er ihn abduziren. Des Morgens

beim Erwachen spürt er sogleich einen ziehenden Schmerz in der Tiefe des Oberbauches, fast gleichzeitig den Schmerz im Kopf, dann gleich darauf Hitze. Diese Sensationen können lange, selbst wochenlang bestanden haben, *ohne dass trübe Gedanken sich einfinden; der Schmerz ist nicht immer von ihnen begleitet*; sie sind aber nie ohne den Schmerz da. Ist dieser verschwunden, so sind auch die trüben Gedanken fort, sie werden durch „trostvolle Ideen" ersetzt, durch eine glückliche behagliche Stimmung. Manchmal macht der Schmerz den Kranken „gleichgültig", „es ist ihm Alles einerlei", „er könnte das Traurigste erfahren und erleben, ohne dass es ihn affiziren würde." Er spürt dann „grosse Langeweile", „als ob sein Geist ganz öde sei". Die „Krisis" erfolgt nach Angabe des Kranken durch reichlichen Thränenerguss; „*die trüben Gedanken verschwinden, aber der Schmerz bleibt oder steigert sich noch.*" (Diagnose: wachsender Hirntumor.)

Hier besteht also kein gegenseitiges Verhältniss zwischen den sensitiven und psychischen Symptomen. Man findet auch keine Allegorisirung der verschiedenen Sensationen. Die trüben Gedanken entspringen dem Bewusstsein der Krankheit, der Unfähigkeit zur gewohnten Thätigkeit; es sind Befürchtungen betreffs der Gesundheit etc. Manchmal sind auch heitere Vorstellungen da, welche die Prognose nicht verbessern; Patient glaubt, zu etwas Besonderem bestimmt zu sein, er meint, eine riesige Geisteskraft zu besitzen, einen besonderen Verstand. Einmal sagte er, wohl ironisch, sein Kopf sei 10,000 Th. werth.

(Schluss folgt.)

Das Irresein auf Cuba.

(Nach Dr. *Munoz*; — Journ. of Mental Science October 1866, p. 383.)

Die Bevölkerung der Insel Cuba besteht aus verschiedenen Racen, eingeborenen und europäischen Weissen (meistens Spanier), afrikanischen Negern; eingeborenen Schwarzen und Creolen, endlich Chinesen, die vor 15 Jahren in grosser Menge nach Cuba kamen, um die Kolonisation zu heben.

So wurde mir Gelegenheit geboten, die Geistesstörungen all' dieser verschiedenen Racen zu vergleichen. Zunächst spreche ich von der allgemeinen Paralyse. Auf Cuba leben ungefähr 1,200,000 Menschen, davon sind etwa 700,000 Neger und Creolen. (400,000 eingeborene), 300,000 eingeborene, 150,000 europäische Weisse, 50,000 Chinesen. Unter den Eingeborenen ist das Verhältniss der beiden Geschlechter beinahe gleich. Unter den afrikanischen Negern ist das Verhältniss der

Frauen zu den Männern wie 1 : 2, unter den sich ansiedelnden Weissen wenigstens wie 1 : 4; die Chinesen sind alle Männer. Demnach ist die männliche Bevölkerung auf Cuba überwiegend.

Am 1. Jan. 1865 war der Bestand des Asyles in Havana, das einzige auf Cuba, 470, 334 M. 136 W. Unter den 334 M. waren 120 eingeborne Weisse, 94 fremde Weisse (Spanier und Canadier), 96 Neger (24 Afrikaner) und Creolen, 24 Chinesen. Unter den 136 W. waren 46 weisse, meist eingeborene, 90 Negerinnen (34 afrikanische). Der grosse numerische Unterschied zwischen M. und W. erklärt sich nicht allein durch das Missverhältniss der Geschlechter in der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch durch die Gewohnheit, die weiblichen Kranken zu Hause zu halten, da es dem allgemeinen Gefühl widerspricht, sie in ein öffentliches Hospital zu bringen

Das Verhältniss der geisteskranken Negern zu den gesunden ist 1 : 3500, das der geisteskranken Weissen zu den gesunden 1 : 1666. Also kommt Irresein unter den Weissen zweimal so oft vor als unter den Negern.

Die allgemeine Paralyse beginnt gewöhnlich mit ausgesprochener Exaltation, mit Grössen- oder ehrgeizigem Delirium, Sprachstörung, Zittern der Lippen, Ungleichheit der Pupillen etc, In allen Fällen mit diesen Symptomen wird jeder Arzt eine ungünstige Prognose stellen, wegen Wahrscheinlichkeit beginnender allgemeiner Paralyse. Manchmal ist jedoch diese Vermuthung falsch, wie mir meine Erfahrung am Asyle zu Havana gezeigt hat. *)

Im Juni 1862 wurde ich zu einem reichen, ungefähr 48 Jahr alten Eingeborenen von Havana gerufen, der zum ersten Male an ambitiöser Manie, Störung der Sprache, Zittern der Lippen, Ungleichheit der Pupillen und Schwäche der unteren Extremitäten litt. Die Krankheit bestand seit mehr als 1 Monat und die bisherige Behandlung war erfolglos gewesen. Da ich eine ungünstige Prognose stellte, wandten sich die erschrockenen Angehörigen an einen anderen Arzt. Ich weiss nicht, mit welchen Mitteln dieser Kranke behandelt wurde, aber im Sept. 1864 sah ich diesen Mann in einem ganz befriedigenden Zustande. Ich kenne noch zwei andere Fälle mit ambitiöser Manie und einigen Symptomen allgemeiner Paralyse. Beide betrafen Eingeborene von Cuba, die früher nicht geisteskrank gewesen. Ich stellte dieselbe Prognose, aber zu meiner grossen Verwunderung sah ich, dass in dem einen Falle der Kranke

*) Vergl.: Ueber die sog. Pseudo-Paralyse, Irrenfreund, 1868, Nr. 1.

nach ungefähr 3 Monaten gesund wurde und es auch blieb; in der That ich habe ihn nach 8 Monaten vollständig gesund gesehen Der andere Kranke, unter Privatpflege, wie der erstere, wurde nach 4 Monaten besser und kam dann, da sein Vermögen klein war, in die öffentliche Anstalt, aus der er nach $2^1/_2$ Monaten, anscheinend gesund, entlassen wurde. Acht Monate nachher ein zweiter Anfall von Irresein mit demselben Charakter. Im Asyle entwickelte sich in kurzer Zeit einfache Dementia, aber ohne Symptome von allgemeiner Paralyse; im April erlag der Kranke einer inneren Entzündung. Die Section zeigte deutliche Injection des Gehirns, serösen Erguss und leichte Adhäsionen der Häute.

In 1863—64 beobachtete ich im Asyle 8 Fälle (bei männlichen eingeborenen Weissen) von ambitiöser Manie mit Zeichen von Paralyse. Drei dieser Kranken verliessen gesund das Asyl nach 4—5 Monaten; sie waren bis zum 1. Sept. 1865 noch nicht wieder in's Asyl zurückgekehrt. Von den anderen 5 Kranken starb 1 im akuten Delirium; 3 blieben gebessert im Hospital; der letzte verfiel in Dement. paralyt. und, als ich Cuba verliess, war er dem Tode nahe. Dieses ist der einzige entwickelte Fall von paralytischem Irresein, den ich in meiner Praxis auf der Insel, in und ausserhalb des Asyls unter den *eingeborenen* Weissen beobachtete. Ich bemerke hier, dass letztere im Allgemeinen im Trinken nicht excediren; sie begehen nur geschlechtliche Excesse, zu denen die Temperatur und das Klima geneigt macht. Auch kann die Sonnenhitze, der so viele ausgesetzt sind, auf die Entwicklung der Manie influiren; diese Form ist unter ihnen die gewöhnlichste. Aber unter den europäischen und nordamerikanischen Weissen habe ich manche Fälle von allgemeiner Paralyse angetroffen. So starben im Asyle zwei Franzosen und 2 Nordamerikaner im Zustande von Dem. paralyt., bei denen von Anfang an ambitiöses Delirium, Sprachstörung und Zittern der Lippen sich zeigten.

Ein 50 Jahr alter Italiener kam in's Asyl in einem Anfalle paralytischen Irreseins: tobsüchtige Aufregung, Verwirrung, Störung der Sprache, Zittern der Lippen und der Glieder, Unsicherheit des Ganges, Ungleichheit der Pupillen, starke Abmagerung, ambitiöses Delirium. Anfangs Kongestionen zum Gehirn. Nach 5 Wochen wurde der Kranke ruhiger. Es zeigten sich an verschiedenen Theilen des Körpers, am Rücken, am linken Arme und Beine Carbunkel von der Grösse eines Fünffrankenstückes, die in Eiterung übergingen. Damit mässigten sich allmälig die

genannten Symptome. Es wurden in diesem Falle Aloë-Pillen, Limonade, Sarsaparilla, warme Bäder (in den Paroxysmen) angewandt. Nach 4 Monaten war der Kranke augenscheinlich besser; er wurde dicker, schlief gut, wurde vernünftiger und verlangte nach seinem Sohne, seinem einzigen Angehörigen auf der Insel. Das weitere Schicksal des Kranken kenne ich nicht, da ich damals die Insel verliess.

Unter den eingeborenen Spaniern, die innerhalb 3 Jahren im Asyle aufgenommen wurden, habe ich 10 Fälle von paralytischem Irresein beobachtet, meistens anfangs mit maniakalischer Aufregung, bei allen mit Störung der Sprache und starkem Grössen-Delirium.

Unter den weissen Frauen habe ich nur zwei Fälle von Dement. paralyt. beobachtet; beide betrafen Eingeborene der kanarischen Inseln; in beiden Beginn mit ambitiöser Manie und Störung der Sprache. Die eine Kranke starb nach 10 Monaten, die andere war bei meiner Abreise noch im Asyle.

Auch unter den Negern sah ich Fälle von allgemeiner Paralyse, aber viel weniger, als unter den Weissen des Nordens. Unter ungefähr 300 Farbigen, die ich in drei Jahren im Asyle zu Havana behandelte, habe ich 9 Fälle von allgemeiner Paralyse notirt, drei bei Männern und sechs bei Frauen. Ich bemerke, dass die Farbigen nicht so nüchtern leben, wie die Weissen. Ihr gewöhnliches Getränk ist Tafia (Alkohol aus Zuckerrohr). Sie essen dagegen wenig und begehen Excesse allerlei Art. Das paralytische Irresein zeigt bei den männlichen Negern dieselben Erscheinungen und denselben Verlauf wie bei den Weissen. Bei früh eintretender Lähmung der Sphinkteren, endigte das Leiden immer mit Diarrhö, Marasmus und Gangrän. Die Section ergab in jenen drei Fällen nichts Anderes, als man sonst gewöhnlich findet. Von den 9 paralytischen Negern waren sechs Eingeborene von *Afrika.*

Bei zwei Negerinnen beobachtete ich kongestive Erscheinungen ungewöhnlicher Art: tiefen Stupor, Schwellung und Röthe des Gesichts, vollen und häufigen Puls, absolute Schweigsamkeit. Diese Symptome dauerten einige Tage, verschwanden und kamen wieder; am Ende eines jeden Anfalles traten die Symptome immer deutlicher hervor. Diese Form von Paralyse, welche bei Frauen häufiger ist, wurde von *Baillarger* in seinen klinischen Vorlesungen in der Salpêtrière hervorgehoben.

Dr. *Munoz* resümirt:

1. Das paralytische Irresein ist auf Cuba selten.

2. Fast alle Fälle daselbst kommen bei *fremden Weissen* vor, und in viel geringerem Verhältniss, als in den gemässigten Klimaten.
3. Unter den *Eingeborenen* ist die Krankheit selten.
4. Wir treffen oft auf Fälle ambitiöser Manie, die nicht in allgemeine Paralyse auslaufen.
5. Dement. paralyt. ist unter den *Negern* häufiger, als unter den *eingeborenen Weissen*.
6. Bei der schwarzen Race ist im Gegensatz zur weissen, die Krankheit häufiger bei *Frauen*, während ambitiöse Manie ohne folgende allgemeine Paralyse häufiger unter den *Männern* ist

---

Zur Casuistik.

(Journ. de Méd. mentale, Octob. 1867.)

In der Bologner Rivista clinica theilt *C. Lombroso*, Irrenarzt zu Pavia, drei Fälle von Irresein mit, von denen der erste mit *Diphtheritis*, die zwei anderen mit *Erkrankung des Herzens* verbunden waren.

Die erste Beobachtung betrifft eine 30 Jahr alte Frau, die Gemüthsqualen ausgesetzt, nach einer schweren Bronchitis kränklich und anämisch blieb. Am 10. Febr. verfiel sie, ohne nachweisbare Ursache, in ein heftiges Delirium, in welchem sie sich für behext hielt und sich der zügellosesten Onanie hingab. Bei der Aufnahme im Asyle (19. Febr.) war die Abmagerung beträchtlich; das Gesicht hippokratisch, die Zunge mit erythematösen Flecken bedeckt, der Athem stinkend, der Speichel schaumig: Schlingbeschwerden, brennender Durst, Gefühl von Hitze in den Gliedern. An der rechten Seite des Thorax pleuritisches Reibegeräusch, ausgebreitetes Schleimrasseln, links Fehlen des vesikulären Athmens; der Bauch schmerzhaft; Leukorrhoë, Exkoriationen an der Vulva; die Kranke suchte in der Raserei fremde Körper hineinzubringen. Der Urin ein wenig sauer, ohne Phosphor- und Chlor-Verbindungen. Unter dem Einflusse verschiedener Mittel, Aconit, Milch, Eier, Kalomel, Bryonia, Ungt., Merkur *), Einspritzungen von Kampher, Sitzbäder — bes-

*) Ein deutscher Irrenarzt würde sehr wahrscheinlich eine so abgemagerte Kranke mit hippokratischem Gesicht mit Mercurialien verschont haben. (Red.)



serten sich die Symptome. Aber es trat Blasenlähmung ein, und die Mundschleimhaut blieb fuliginös.

Lombroso dachte an tuberkulöse Manie in Folge von Intoxikation; ein exceptioneller Fall.

Die Besserung hielt an bis zum 4. März, die Zunge war feucht, der Harn floss gut und enthielt etwas Phosphate, der Puls 82. Dann wurde der Verstand getrübt, die Kranke kann die Zunge nicht zeigen, sie steht aus ihrem Bette auf; Klagen, Lamentationen, wachsende Entkräftung. Tod am 18. März.

Section: Kavernen in der Lunge, Emphysem, Erweiterung der Bronchien, pleuritische Adhäsionen. — Glastafel des Schädels längs der Pfeilnath erodirt, reichliche Granulationen, Hirngefässe stark ausgedehnt, Hirnsubstanz fest. — Schleimhaut des Pharynx, des oberen Theiles des Oesophagus, der Nasenhöhlen mit fibrinösen, schwer abziehbaren Schichten bedeckt. Eitriger Schleim in den Nierenkelchen, Harnleitern und auf der Magenschleimhaut.

Lombroso hat einen ähnlichen Symptomen-Komplex nur bei Canthariden-Vergiftung gesehen. Da jene mit Diphteritis verbunden waren, so hielt er letztere für ihre Hauptursache.

Von den zwei Fällen von „Mania cardiaca“ betraf der eine einen 68 Jahr alten Mann, der seit dem 15. Lebensjahre nach einer Tertiana an Herzklopfen litt. Deutscher von Geburt hatte er sich im Jahre 1848 an den Unruhen in Italien betheiligt; er fürchtete nun arretirt zu werden und verfiel in melancholischen Stumpfsinn. Bald geheilt wurde er 1855 beim Herannahen der Cholera von Neuem schwermüthig. Um der Seuche zu entgehen, versuchte er sich zu erdrosseln. Abermals hergestellt trat er wieder in seine Stelle ein als Portier beim Tribunal. Im Januar 1866, da er im Genuss seiner Pension bedroht war, wurde er nochmals von hallucinatorischer Angst heimgesucht; in seiner Verzweiflung schrie er, dass man ihn, den Ausländer verurtheilen und hinrichten werde, und er versuchte, um dieser Strafe zu entgehen, sich aus dem Fenster zu stürzen.

Er wurde am 27. März im Asyle aufgenommen. Abmagerung, leichtes Oedem der Hände und Füsse. Kielförmiges Sternum; ausgebreitete Dämpfung in der Herzgegend, langes diastolisches Geräusch an der Basis, Herzschlag im 6. Interkostalraum, Puls hart, 40—45. Zustand des Kranken nur in sitzender Stellung oder bei Umhergehen erträglich.

Mit der Athemnoth steigerte sich das Delirium in der Morgenzeit. Uebrigens hatte der Kranke, ausser der Zeit der Hallucinationen, das Bewusstsein seines Zustandes. Er sprach mit Zärtlichkeit von seiner Frau und seinen Kindern, denen er seinen Zustand nicht mittheilen mochte, wenn sie ihn besuchten, und die er für das Opfer eines Unglücks hielt, wenn sie nicht zu ihm kamen.

Opium schien die Zufälle zu verschlimmern, momentane Erleichterung folgte auf den Gebrauch von Coloquinth. mit Aconit.

Der Kranke starb im Juli. Stellenweise Atherom der Gefässe, Gehirn sonst ganz normal. Hypertrophie des linken Herzens, Verengung der Aorta, Oedem und Emphysem der Lunge, pleuritische Adhäsionen.

Lombroso nimmt keinen Anstand, das organische Herzleiden als andauernde und mächtige Ursache der Manie zu betrachten *).

Der zweite Kranke, 17 Jahre alt, in dessen Familie viele Geisteskranke waren, wurde plötzlich, nach einem Anfall von Gelenk-Rheumatismus, von Schrecken ergriffen; die ganze Welt konspirire gegen ihn; man verbrenne seine Weinberge, seine Ernte, er sei verurtheilt. Er verweigerte die Nahrung oder ass von dem Futter der Thiere. Kränkliche Konstitution, kielförmiger Thorax, verdächtiges Rasseln unter den Schlüsselbeinen, Herzgeräusche, Herzspitze nach links geneigt. — Verständniss getrübt, Gefühle erhalten, mürrisches, launiges Wesen; mehre Rückfälle der rheumatischen Affection. Im August 1866 Erscheinungen von Embolie, die sich nach dem Gebrauch von Spirituosen verloren; im Januar 1867 Wiederkehr der Dyspnö und des melancholischen Deliriums; Tod am 4.

Autopsie: Ausdehnung der Hirn-Venen, Serum in den Seiten-Ventrikeln, seröse Infiltration der rechten Lunge, an einzelnen Stellen Bluterguss und Verhärtung; in der linken ödematöse, hepatisirte Stellen, oberflächliche Ecchymosen. Hypertrophie des rechten Herzens, Verengung der Pulmonal-Arterie.

Nach *Lombroso* war auch hier, bei Fehlen jeder sonst gewöhnlichen Ursache, das Herzleiden, dessen Entwicklung aus dem wiederholten Rheumatismus erklärlich ist, der Grund des Irreseins.

*) Der Ausdruck Manie ist hier wohl generell für „Irresein gebraucht; der vorliegende Fall hatte einen *melancholischen* Charakter. Eine „mächtige“ Ursache geistiger Störungen sind Herzleiden nicht, da sie *zu häufig* ohne jene vorkommen. (Red.)

Die rheumatische Affection ging der geistigen Störung voraus. Auch bei nicht geistesgestörten Individuen mit chronischen Herzleiden ist Apathie eine gewöhnliche Erscheinung. Vf. citirt auch mehre Autoren, die unter ihren Kranken oft das Vorkommen von Herzleiden beobachteten.

Digitalis gegen Hallucinationen

wandte *Beirao* in der Irrenanstalt zu Billafolles mit Nutzen an. Ein Mädchen, 38 Jahre alt, ohne hereditäre Anlage, gut erzogen, guter Konstitution, sehr nervös und zum Zorn geneigt, viel in Romanen lesend, ward 1865 gleichgültig gegen Putz, ging schon unwohl Weihnachten in die Kirche, ward Nachts von Hallucinationen ergriffen, in denen unförmige Dämonen erschienen und Flammen drohten. Schlaflosigkeit in den nächsten Nächten, Drang die im Zimmer schlafende Schwester zu erdrosseln. So dauerte es bis zum Frühjahr 1866, wo die Kranke ins Spital kam. Hier grosse Unruhe und Aufregung, Aufstehen, Umhergehen, Hin- und Herbewegen, Klagen, Verwünschungen. Sie glaubt sich von Dämonen gefasst und erklärt dies für gerechte Strafe ihrer grossen Sünden. Sturzbäder, Eisen, Laxantien helfen nicht; endlich Besserung durch Digitalis (scr. ½ auf unc. 4, 3 Löffel voll täglich), die von April bis Juni, mit zwei kurzen Unterbrechungen wegen Hirnsymptomen, gebraucht wurde.

Bei einer zweiten Kranken (Manie, Herzfehler) waren die Hallucinationen äusserst heftig. Heilung; das Herzleiden blieb unverändert.

Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 24. Bd. 1. u. 2. Heft, p. 252.

The Care and Treatment of the Insane Poor.

Das ist die Ueberschrift der Rede Dr. *Robertson*'s, Präsident des Vereins der englischen Irrenärzte, in der Jahres-Versammlung dieses Vereins, am 31. Juli 1867. Mit Recht bezeichnet er die Fürsorge für die geisteskranken Armen als eine der wichtigsten Aufgaben und Pflichten der menschlichen Gesellschaft. In der letzten Zeit hat dieser Gegenstand vielfache Diskussionen in politischen und medizinischen Jour-

nalen Englands hervorgerufen. Die Grundlage des jetzigen Irrenwesens in England und Wales ist das Irrengesetz vom Jahre 1845, wonach jede Grafschaft für ihre armen Irren zu sorgen hat, und die Asyle, öffentliche sowohl als private, unter die Aufsicht von Kommissären für's Irrenwesen gestellt sind.

Wir beschränken uns darauf, den Lesern unseres Blattes die statistischen Tabellen vorzulegen, welche Dr. *Robertson* seiner Rede beigefügt hat.

Im Aug. 1843 waren arme Geisteskranke in England und Wales

			Bevölkerung
in Grafschafts-Asylen .	3525		
in Privat-Anstalten . .	2293	14,792 :	16,000,000
in Arbeitshäusern . . .	4063	1 :	1066.
in Privatwohnungen . .	4906		

	1847 1. Januar		1857 1. Januar		1867 1. Januar	
in öff. Asylen	5142		13,488		24,748	
in Privat-Anstalten .	3761		1,908		1,250	
in Arbeitshäusern .	4631		6,800		10,307	
in Privatwohnungen .	4418	Bevölkerung	5,497	Bevölkerung	6,638	Bevölkerng
Total .	17,952 :	15,906,741	27,693 :	19,408,464	42,943 :	21,135,515
	1 :	880	1 :	701	1 :	494

Literatur.

Pavilion Asylums

(with a Ground-Plan) by *Lockhart Robertson*, President-Elect of the Medico-psycholog. Association etc.

Die Idee der Zerlegung eines beliebig grossen Hospitales in eine Anzahl getrennter Gebäude, welche ausser der Administration Nichts mit einander gemein haben, gehört nicht der allerneuesten Zeit an; — in dem Hôpital Lariboisière war sie erfolgreich verkörpert, ehe Miss Nightingale in ihrer „Notes on hospitales“ die „Pavilion-Construction“ ihren Landsleuten als das einzige hygieinisch richtige System der Ho-

spital-Anlage dringend empfahl. Freilich konnte diess nirgend tiefer einschneiden als in England, wo die bauliche und dienstliche Kontrolirung des Anstaltswesens auf eine Spitze getrieben ist, deren üble Folgen sich besonders dem Besucher dortiger Irrenhäuser in frappanter Weise darstellen. Nachdem 2 grosse Pavillon-Hospitäler auf Miss Nightingale's Anregung in London („New St. Thomas hospital") und Woolwich („Habert hospital") errichtet und allgemein beifällig beurtheilt worden, darf es nicht wundern, dass eine gleiche Regung von kompetentester Stelle für die entsprechende Anlage neuer Irrenanstalten hervortritt. Sind doch bei keiner Klasse von Kranken die Nachtheile grosser Zusammenhäufung fühlbarer, als bei psychisch-Leidenden, für welche eine möglichste Einfachheit und Ruhe der Umgebung erste aller Heilungsbedingungen ist.

Der Musterplan *Robertson*'s zeigt einen sehr langen, von Osten nach Westen laufenden Corridor, mit welchem in der Mitte die Administrations- und Wirthschafts-Gebäude, weiterhin jederseits in abgesonderten Gebäuden die Infirmary, die Wohnungen für Ruhige, diejenigen für Unruhige, ferner die Baderäume und endlich an den beiden Enden der langgestreckten Linie die Werkstätten auf der männlichen, die Wäscherei etc. auf der weiblichen Seite kommuniciren. Alle Kranken-Wohnungen sind nach der Südseite, die übrigen Gebäude nach der Nordseite des Corridors gelegt. Zwischen den einzelnen Gebäuden bleiben Zwischenräume von etwa gleicher Ausdehnung, wie die Gebäude selbst.

Die Vorzüge dieser Einrichtung für leichte und gründliche Ventilation, sowie für Auseinanderhaltung gegenseitig störender Gehörs- und Gesichts-Eindrücke bei doch übersichtlicher Kontrole des Dienstes vermittels des centralen Corridors hebt *Robertsan* mit Recht hervor; auch die jederzeitige Möglichkeit beliebiger Vergrösserung einer solchen Anstalt durch Anbau neuer Pavillons ohne Störung des Gesammtplanes bietet einen unzweifelhaften Vortheil; ob aber die behauptete geringere Kostspieligkeit der Anlage gleichfalls zutreffe, mag dahin gestellt bleiben.

Finkelnburg.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 5. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Die Dysphrenia neuralgica (Schüle's) (Schluss). Die Irren-Abtheilung des Zellengefängnisses zu Bruchsal. Thesen über die Griesinger'schen Reformvorschläge.

Die Dysphremia neuralgica (Schüle's)

Analyse von Dr. Brosius.

(Schluss.)

Dr. *Schüle* betrachtet

2) die Neuralgie nach ihrer pathogenetischen Function, sowohl auf der *Höhe*, als in den *ersten Anfängen* der Krankheit.

Tritt bei *schon entwickelter* Krankheit ein Paroxysmus ein, wird eine bisher ruhige Kranke unruhig, lamentös, unter lauten Aeusserungen des melancholischen Wahnes — so hat sich sofort auch eine deutlich hervortretende Neuralgie eingestellt, die mit der wachsenden Unruhe gleichen Schritt hält Oft zeigt die Kranke selbst auf eine Stelle, „die sie so schmerze", „wo das böse Gewissen sitze" oder „der böse Geist, der von da aus durch Zuflüstern schlechter Gedanken sie quäle." Die Untersuchung weist in der Regel noch eine Reihe von Schmerzpunkten auf. Manchmal werden noch motorische Gebiete mit ergriffen: Störung der Physiognomik, Kontrakturen, Ataxien oder Paresen, auch allgemeine Konvulsionen, fast immer auch Betheiligung des vasomotorischen und sympathischen Systems. Das Zusammentreffen des psychischen Symptomenkomplexes mit einer Neuralgie ist konstant und nicht zufällig.

Wie dem Eintritt des Paroxysmus eine Exacerbation der Neuralgie, so geht dessen Remission ein Zurücktreten der letzteren parallel.

Wie die psychische Symptomenreihe von der Neuralgie, so wird umgekehrt diese von jener ausgelöst und begleitet.

Demnach besteht nach Verf. jeder Paroxysmus nosologisch aus zwei Faktoren, aus der Functionsstörung des psychischen Organes *und* den Symptomen der Mitaffection einer zu ersterem peripheren sensiblen Nervenbahn; letztere ist ein integrirender wesentlicher Faktor des Krankheitsprozesses, und sonach ist die neuralgische Psychose als *centro-periphere Neurose* aufzufassen.

Wir können dem Vf. bis auf den Satz, dass eine *gegenseitige „Auslösung“* der sensitiven und psychischen Symptome des Paroxysmus stattfinde, beistimmen. Diese wird durch das parallele Auftreten und Zurücktreten derselben nicht bewiesen, und ist auch die *eine* Symptomenreihe die frühere der Zeit nach, so kann doch beiden die Steigerung des centralen Zustandes als *gemeinschaftliche* Ursache zu Grunde liegen, ohne dass wir einen *reflektorischen* Vorgang anzunehmen *brauchen.*

In den Fällen des Vf., die sich durch eine deutliche *Aura* charakterisirten, bestand, wie sich aus ihrer Beschreibung ergibt, ein cerebrales Leiden, auch in den Intervallen, und somit war die Aura wohl eine *centrale,* denn periphere, extracerebrale Leiden sind nicht angegeben. In der Beobachtung 2 (p. 44), wo der Anfall nur von der umschriebenen (*früher verletzten*) Stelle auf dem Scheitel sich einleitete, ja von hier aus sogar *experimentell*, durch Druck, hervorgerufen werden konnte etc. — ein sehr interessanter, merkwürdiger Fall — haben wir es offenbar mit einer hysterischen, hirnkranken Person zu thun. Müssen wir hier auch eine reflektorische Auslösung der motorischen und psychischen Symptome durch den äussern Schmerz annehmen, so ist doch umgekehrt die Auslösung des letzteren durch das *Delirium* nicht nachgewiesen, wie wir vorhin schon bemerkten.

Den Paroxysmus der geistigen Störung vergleicht Vf. ganz richtig mit dem *physiologischen Vorgange des Affektes*, in dem wir gleichfalls neben der Störung im Vorstellungsverlaufe, neben der Prävalenz einer Vorstellungsgruppe (centraler Faktor), die Affection gewisser Nervenbahnen (peripherer Faktor) finden, sowie die Mitbetheiligung des sympathischen und vasomotorischen Gebietes. Ref. hat schon in früheren Abhandlungen als Basis des sog. „Gemüths“ das sensible Nervensystem



bezeichnet, dessen Erregungen in Verbindung mit Vorstellungen *das* sind, was die Psychologen „Gefühle“ nennen; die Gemüthsstörung kann als „Neurose des sensiblen Nervensystems“ angesehen werden. *)

Auch bei der *Entwicklung* der Psychose wirken nach Verf. mit den somatischen die psychischen Symptome zusammen; aus ihrer gegenseitigen Wechselwirkung entsteht der gesammte Krankheitsprocess. Die neuralgischen Empfindungen drängen sich der Aufmerksamkeit auf und verändern die Stimmung; der Kranke wird reizbar, für frühere Bestrebungen gleichgültig; seine Willensenergie sinkt. Wenn nun eine heftige Gemüthsbewegung einbricht, was bei der vorhandenen Reizbarkeit leicht möglich ist, so schliesst sich daran oft unmittelbar die vollendete Psychose. In anderen Fällen entwickelt sich diese *langsam* aus der Neurose selbst, ohne den Coup eines heftigen Affektes. Das Bewusstsein wird immer mehr von den sich aufdrängenden Sensationen angefüllt; mit ihrer Allegorisirung wird das Vorstellen ein falsches; die Prävalenz der falschen Ideen macht die Stimmung noch unerträglicher, die Reaction dagegen wird heftiger (Neigung zum Selbstmord). Gewöhnlich zuerst Hypochondrie, die persistent bleibt oder den Uebergang zur Melancholie bildet, in der die Wechselwirkung zwischen den centralen und peripheren Symptomen vollendet ist.

Wir begegnen hier in der Auseinandersetzung des Vf. betreffs der Entwicklung des Irreseins der alten Ansicht, dass letzterer in der Mehrzahl der Fälle mit *Störung des Gemüths* beginne. Diese Störung ist eben psyiologisch nicht anders, als eine Sensibilitäts-Neurose, die aber ohne Betheiligung des *Vorstellens* nicht denkbar ist. Mögen die sensiblen Störungen, die Veränderung des *Allgemeingefühls*, *das sich anders Fühlen* und die einzelnen *lokalen*, *peripheren* Sensationen durch einen *centralen* (cerebralen, spinalen) Krankheitszustand, oder durch eine Veränderung des Blutes, der Ernährung, oder durch ein extracerebrales Organleiden bedingt sein — die Verstimmung des Gemüths tritt erst ein, wenn die Sensation das Vorstellen, seinen *Gang* oder seinen *Inhalt* verändert. Liegt der Ausgangspunkt der Gemüths-Verstimmung nicht *im* Körper, sondern in Einwirkungen von aussen (heftiger Sinneseindruck, alarmirende Nachrichten, unglückliche Ereignisse), — so kann doch das Aeussere erst als *Vorgestelltes* eine glückliche oder unglückliche Bedeutung erlangen; ohne das reflektirende Vorstellen bleibt es für das Individuum

*) Med. Zeitung (Vereinszeitung) 1857, No 3—5.

völlig gleichgültig, ohne Wirkung auf das Gemüth. Erst mit der dauernden oder öfters wiederholten Captivirung des Bewusstseins wird ein bestimmter Gemüthszustand gesetzt, den man als Sensibilitäts-Neurose betrachten kann, und aus dem sich dann das Irresein entwickelt.

Griesinger der mit *v. Zeller* und *Guislain* zuerst die Ansicht vertrat, dass das Irresein meist mit Störung des Gemüths, speziell mit Schwermuth beginne, weist neuerdings *) auch auf den Ursprung der Geisteskrankheit aus „Sensibilitätsanomalien gewöhnlicher Art" hin, „mit denen sie so direkt zusammenhängen, dass die ganze Krankheit Anfangs nur eine abnorme Sensation und noch gar keine wirkliche Aberration in der Sphäre des Gemüths oder gar der Intelligenz ist." Er stellt den Fällen, wo eine Aura den epileptischen Anfall einleitet, „Fälle permanenter, nicht explosiver Aura, welche nichts anderes als eine Geistesstörung setzt," entgegen. „Diese höchst interessanten, ganz besonderen und eigenthümlichen Fälle stellen sich wieder verschieden dar, je nach dem Körpertheile oder Organe, von dem die Aura ausgeht oder auszugehen scheint (denn auch hier kann sie gewiss central sein)". Durch diesen eingeklammerten Zusatz fällt aber gerade das nach *G.* „Eigenthümliche" und „Besondere" der Fälle. Die *centrale* Aura ist eben nur ein *Symptom*, das die psychische Störung zeitlich, aber nicht ursächlich einleitet, nicht *„setzt"*; dem excentrischen sensorischen Symptome des Hirnleidens reihen sich die psychischen an, ohne seine *Wirkung* zu sein. Die Frage, worauf es ankommt, ist: kann das Gehirn krank *werden* durch eine *periphere* Neuralgie? Es heisst allgemein, dass von jedem Punkte des Körpers aus das Irresein hervorgehen kann. Glassplitter in der Fusssohle, Kiefersplitter, welche einen Zweig des Quintus irritiren, wurden schon unmittelbare Ausgangspunkte von Seelenstörungen. **)

„Der Schmerz als erster Ausdruck der organischen Affection ist sonach die Wurzel und der Ausgangspunkt alles Irreseins", sagt *Krauss*, l. c. p. 246. *Romberg* ***) bemerkt, dass „psychische Affectionen Gemüthsverstimmung, Hang zur Einsamkeit, Lebensüberdruss als Ausgang der Neuralgie des Quintus selten ausbleiben."

Guislain ****) äussert sich so: „Neuralgien können aufhören, sich in den Nerven zu offenbaren, wo sie ihren gewöhnlichen Sitz haben, und

---

*) Archiv f. Heilkunde, 7. Jahrg. 4. Heft p. 343.
**) Krauss, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 1859.
***) 1. Bd., 3. Aufl. p. 42.
****) Klin. Vorträge etc., deutsch von Laehr, p. 266.



das Gehirn afficiren, indem sie entweder zu Melancholie, Manie oder Irresein, oder zu jeder anderen einfachen oder komplicirten Form von Geisteskrankheit Veranlassung geben. So manche Neuralgien des Gesichts, so gewisse Cardialgien; aber dies sind seltene Fälle; ich habe sie nur 10 oder 12 Mal in meinem Leben gefunden.«

„In noch andern Fällen", sagt *Griesinger* (l. c. 345) erregen wahre gewöhnliche Neuralgien unmittelbar eine psychische Störung. Diese Fälle scheinen mir nicht ausserordentlich selten zu sein, wiewohl das Thema noch unberührt geblieben ist."

Letzteres ist nun nach obigen Citaten nicht der Fall. Aber die Frage bleibt: war die Neuralgie (als periphere) die *Ursache* des Irreseins oder nur (als centrale) das *erste Symptom* des Hirnleidens, das in seiner Ausbreitung auch psychische Symptome setzte? *Griesinger*'s kurz mitgetheilte Fälle beweisen meiner Ansicht nach keineswegs mit Sicherheit den Ursprung der psychischen Störung *aus*, sondern nur ihren Beginn *mit* der Neuralgie.

In einem meiner Fälle litt eine Kranke (klimakterisches Alter, Ehe kinderlos, Schwester geisteskrank gewesen) wochenlang an heftigen Zahnschmerzen; sie liess sich gesunde Zähne ausziehen und verfiel bald darauf in Melancholie mit grosser Angst, Lebensüberdruss, Neigung zum Selbstmord. In ihren Lamentationen beschuldigte sie stets das Ausziehen der Zähne als Ursache ihres Leidens. Aber weder diese Operation noch die Neuralgia dentalis konnte mit Sicherheit als Ursache des Irreseins gelten. Bei Disponirten mögen allerdings solche Veranlassungen zum Ausbruch desselben genügen, wie oft aber auch die wahren Ursachen verborgen bleiben! Die ätiologische Diagnose erfordert, wenn wir es aufrichtig gestehen wollen, eine so genaue Bekanntschaft mit der Vergangenheit des Kranken, wie sie uns selten verschafft wird.

Griesinger's Eintheilung der Dysthymien (melancholische Zustände) nach dem Körpertheil, von dem die abnormen Sensationen ausgehen, scheint mir nicht annehmbar. Seiner D. frontalis, epigastrica, hypogastrica lässt sich ein D. dentalis, cruralis etc. zur Seite stellen. Das paralytische Irresein beginnt nicht selten mit hypochondrischen Sensationen, oder mit Reissen in den unteren Extremitäten und Angst-Anfällen. Die in diesem Stadium mögliche Bezeichnung „Dysth. cruralis" wäre doch gewiss nichtssagend. Begnügen wir uns doch lieber einfach mit der Diagnose einer „cerebralen Affection" und der Anführung der psychischen

und sensorischen resp. motorischen Symptome. *G.* legt zu grossen Werth auf zufällige Erscheinungen, die wir in sonst gleichen Erscheinungen bald finden, bald vermissen, und seiner, manchmal nur den Aussagen der Kranken entlehnten, Ansicht betreffs ihrer ursachlichen Begründung fehlt jedenfalls der sichere Nachweis der Richtigkeit. Er hat sich in die „neuropathische“ Theorie verrannt. So nur lässt's sich z. B. erklären, dass er, l c. p. 345, von den Sensationen der Geisteskranken, „welche einen Zustand von allgemeiner Gemüths-Unruhe und Reizbarkeit, ängstliche Stimmungen und ihnen entsprechende Wahnvorstellungen hervorrufen“, sagt: *„wären die Sensationen weg, so wäre mit ihnen — wenigstens Anfangs — alles übrige gefallen.“* Ja, wären — so wäre!

Der Geisteskranke schreibt oft seine subjektiven Zustände absolut oder relativ äussern Vorgängen zu, z. B. seine Angst und Verwirrung irgend einer peripheren Sensation, auf die seine Aufmerksamkeit sich richtet, die vor oder mit der Angst und Unruhe eintritt, die aber mit ihr nur der Effekt des cerebralen Leidens ist. „Wäre es *da* nur fort, so wäre ich gesund, ruhig“ — hört man öfters von Melancholikern. Das hat in so fern allerdings einen Sinn, als mit der lokalen Sensation meistens auch die Gemüthsbeklemmung schwindet, da *beide* in dem (exacerbirenden und remittirenden) Gehirnzustande wurzeln. Dem Wegfall des einen Symptoms folgt aber auch deshalb nicht nothwendig das Verschwinden des andern. Sowohl auf der Höhe der Krankheit überdauert manchmal die allgemeine Unruhe das sensible Gefühl und umgekehrt, als auch beobachten wir nach dem Culminationsstadium, in der Rückbildung der Krankheit, ein fragmentarisches Absterben der Symptome, und namentlich bestehen noch öfters gewisse örtliche Sensationen, nachdem sich das Gemüth schon beruhigt hat.

Auf der Höhe eines neuralgischen Schmerzes beobachtet man mitunter eine transitorische psychische Störung; lebhafte Sinnesphantasmen können bei sonst Geistesgesunden momentan den Glauben an ihre Realität erwecken. Es steht der Annahme, dass die sensorische Affection hier auf die psychischen Nervenfasern irradiire, gewiss nichts im Wege. Wir denken uns das als einen functionellen Vorgang. Wenn nun aber der Neuralgie oder den Phantasmen dauerndes Irresein folgt, so können wir jene darum nicht ohne Weiteres als Grundlage, als Basis der psychischen Störung betrachten, denn ein ursprüngliches centrales Leiden kann sich ausgebreitet haben. Die Paralyse *beginnt* manchmal mit sen

sitiven oder motorischen Störungen, aber noch Niemand hat sie als „Basis“ der späteren Psychose bezeichnet, wie G. die Sensationen in von ihm mitgetheilten Beispielen von Dysth. neuralgica bezeichnet.

Der Krankheitsverlauf der Dysphren. neuralg., sagt Dr. *Schüle* weiter, ist entweder durch einen oder mehre Paroxysmen charakterisirt. Bei der Besserung werden die centralen (psychischen) und peripheren Symptome von einander unabhängiger; die Wahnvorstellungen werden durch adäquatere Allegorien ersetzt; die Sensibilitätsstörungen nehmen an In- und Extensität ab. Genesung ist gleichmässiges Erlöschen der centralen und peripheren Symptome. Die Nenralgien klingen meistens viel langsamer ab, als die Symptome der centralen Störung. Hier bestätigt also auch *Schüle* meine obige Angabe; hinge die Gemüths-Unruhe und die psychische Störung direkt von der *Sensation* ab, und nicht vom kranken Centrum, so wäre jene Art der Rückbildung unerklärlich. So kann, sagt *Schüle* weiter, bei schon vollständiger psychischer Genesung der periphere Reiz zwar durch die gewöhnlichen Schmerzpunkte nicht mehr nachweisbar sein, aber sich doch deutlich in der noch andauernden, veränderten Innervation einzelner Muskelgebiete, besonders der physiognomischen, zu erkennen geben.

Mit der längeren Dauer der Erkrankung, wenn Genesung nicht eintritt, treten die peripheren Symptome immer mehr zurück, so dass nur noch die centralen zurückbleiben. Es kommt somit im Verlauf der Neuropsychosen ein Stadium, wo — wahrscheinlich durch das Tiefergreifen der Central-Affection — die Miterregung des peripheren anatomischen Faktors nicht mehr erfolgt.

In dem Kapitel „Versuch einer physiologisch- und pathologisch-anatomischen Begründung“ vermuthet Vf., dass die *Sensibilitätsstörungen* von einem centralen sensiblen Organe ausgehen; dieses sei wahrscheinlich der obere Theil des Rückenmarks, die Medull. oblong., durch deren Affection sich auch die *motorischen* Symptome, die ziel- und masslosen Bewegungen, die Kontrakturen und Konvulsionen auf der Höhe des Paroxysmus, dann auch die Theilnahme der sympathischen und vasomotorischen Nerven erklären liessen. Schon *Flemming* (siehe oben) verlegte den Ausgangspunkt der Präkordialangst, der wohl gewöhnlichsten sensiblen Störung im Beginne der Psychosen, in die Medull. oblong., und beide Autoren führen ihre Gründe an. *Flemming* bemerkt aber schon,

dass die Affection der Medulla sekundär sein, auch vom *grossen Gehirn* ausgehen könne.

Den Schlusssatz des allgemeinen Theiles seiner Monographie formulirt Verf. so: „*Eine grosse Klasse der Psychosen ist anatomisch als die Erkrankung des direkt psychischen Organs zugleich mit der eines zu ersterem peripheren sensiblen Centralstrangs*, *physio-psychologisch als die vereinigte Function dieser zwei integrirenden Faktoren aufzufassen.*

Diese ganze Gruppe neuralgischer Psychosen bezeichnet er im Sinne der von *Kahlbaum* vorgeschlagenen Nomenklatur als *Dysphrenia neuralgica.*

Im speziellen Theile können wir leider den ausführlichen und lehrreichen Auseinandersetzungen und Schilderungen des Verf. nicht mehr in bisheriger Weitläufigkeit folgen. Wir müssen den Leser auf das Werk selbst verweisen. Vf. stellt *zwei* Hauptgruppen der Dysphren. neuralg. auf, nach der psychischen Verwerthung und der pathogenitischen Function der Neuralgie. Die eine Gruppe, D. neuralg. mit Transformation, ist demnach charakterisirt durch ausgebildete Wahnideen, in Folge der allegorischen Umdeutung der neuralgischen Sensationen; in der anderen Gruppe, D. neuralg. ohne Transformation, ist die Neuralgie nur Repräsentant des mitafficirten peripheren Nervengebietes, ohne in die Bildung von Wahnvorstellungen einzugehen. Beide Gruppen haben wieder Untergruppen.

Die D. neuralg. ohne Transformation charakterisirt sich dadurch, dass 1) die neuralgischen Perceptionen nicht zu Wahnvorstellungen verarbeitet sind, 2) der Krankheitsverlauf aus freien Zeiten und eigentlichen Paroxysmen besteht, welche letztere immer durch eine Exacerbation der Neuralgie eingeleitet werden.

Die D. neuralg. mit Transformation theilt sich in die neuralgischen *Dysthymien* (melancholische Zustände) und neuralgischen *Manien.* Bei den Dysthymien sind konstant Wahnvorstellungen, die auf Umdeutung (Allegorisirung oder Transformation) des neuralgischen Gefühls zurückzuführen sind. In jedem Delirium der neuralgischen Manie ist immer eine centrale Vorstellungsgruppe nachweisbar, die als Kern allen Verzweigungen, als Ausgangspunkt aller Ideenjagd zu Grunde liegt, von dem ferner die ganze maniakalische Stimmung getragen wird, in dessen Färbung alle Sinnestäuschungen erfolgen. Diesem centralen Kern des Delirium

entspricht nun nach somatischer Seite eine neuralgische Bahn und eine Symptomen-Reihe aus der Mitaffection des Sympathicus.

Die Dysthymia neuralg. ist durch 20, die Mania neuralg. durch 3 Krankheitsfälle illustrirt.

In dem Schlusskapitel des Werkes „Therapeutische Gesichtspunkte" sagt Vf.: Unsere neuralgischen Psychosen sind centroperiphere Neurosen; der centrale und periphere Faktor stehen in functioneller Verknüpfung; die Auslösung kann von centraler und peripherer Seite aus erfolgen. Demnach ist die Indikation der Therapie einfach: *diesen Circulus vitiosus zu trennen.* Vor Allem handelt es sich um die Beseitigung der der Therapie zugänglicheren *Neuralgien* und *Hyperästhesien.* Die Behandlung muss *sicher* und *rasch wirkend* sein, um selbst beginnende Paroxysmen noch zu koupiren. Diesen Anforderungen entspricht: *Morphium* in *subkutanen Injectionen.* Auch *Opium* ist ein Cardinalmittel; es hat nur nicht die *Schnelligkeit der Wirkung,* welche in vielen Fällen ein Haupterforderniss ist. „Dass das Morphium in subkutaner Anwendung *wirklich direkt lokal* wirkt, ist durch viele Fälle klinisch sicher gestellt. Morphium und Opium heben den Circulus vitiosus auf; sie haben nicht nur einen symptomatischen therapeutischen Werth, *sondern erfüllen auch die Indicatio morbi und wirken als solche nach und nach direkt heilend.* Vf. bespricht *Ort, Zeit der Applikation, Grösse der Dosis, Steigerung, Abgewöhnung des Mittels.*

Die Durchbrechung des Circul. vitiosus kann auch erreicht werden durch Auslösung des centralen Faktors für sich allein, durch die psychische Heilmethode, psychische Ablenkung, Hebung der praktisch-sittlichen Kraft, etc. In manchen Fällen führte die psychische Kurmethode allein zum Ziele, nachdem der Erfüllung der somatischen Indikationen ein weiterer Fortschritt der Besserung nicht mehr folgen wollte.

Ferner sind etwaige lokale periphere Ausgangspunkte der Neuralgien zu berücksichtigen (Erkrankungen der weiblichen Sexual-Organe); meistens sind sie mit krankhaften Allgemeinzuständen (Chloro-Anämie) verknüpft; Behandlung dieser nach den Lehren der inneren Medizin. Sorgfältige Regelung der Diät etc.

Es ist nicht zu bestreiten, dass Anstalts-Aerzte nicht so sicher den Werth von Arzneien bei Geisteskranken bestimmen können, als praktische Aerzte. Jene verordnen Medikamente unter im Allgemeinen *günstigeren* Aussenverhältnissen des Kranken, unter der Mitwirkung des

Asyles und seiner verschiedenen Einflüsse, während der praktische Arzt den Geisteskranken unter Hindernissen und Erschwerungen verschiedener Art behandelt. Empfehlungen von Arzneien, die aus *guten* Asylen kommen, entscheiden weniger über ihre Güte, als Empfehlungen Seitens praktischer Aerzte. Daher fällt meiner Ansicht nach das grosse Lob, das Vf. dem oft gerühmten und getadelten Morphium und Opium spendet, nicht sehr in die Waagschaale zu *Gunsten* dieser Mittel. Illenau als Asyl mit seinen Persönliehkeiten, seiner Verwaltung, seinen Einrichtungen etc. mag daher einen ebenso grossen Antheil an der Heilung der Fälle haben, die Vf. dem Morphium und Opium zuzuschreiben geneigt ist. Er selbst legt ja auch Werth auf die *psychische* Kur und die sonstige somatische Behandlung der krankhaften *Allgemeinzustände,* Regelung der Diät etc. – die thatsächlich, wie sich aus den Krankheitsgeschichten ergibt, *neben* der Behandlung mit Opium oder Morphium in Anwendung kamen. *Was* hat hier nun geholten?

Ausser den Fällen nun, die Verf. in seiner Monographie mittheilt, wird er sehr wahrscheinlich noch viele andere kennen, denn, aufrichtig gestanden, jene bestätigen *für mich* nicht die angeblich grosse Heilwirkung der Narcotica.

Es dauerte nämlich die Krankheit in Beobachtung			4:	— 44	Monate
„	„	„	5	— 8	„
„	„	„	8	— 17	„
„	„	„	10	— 18	„
„	„	„	12	— 8	„
„	„	„	16	— 6	„
„	„	„	22	— 8	„ (?)
„	„	„	25	— 20	„

In allen übrigen Fällen ist theils die Zeit der Krankheitsdauer nicht angegeben, theils Heilung nicht erfolgt. Demnach können wir das erzielte Resultat nicht grade als ein günstiges bezeichnen, weil der *spontane* Verlauf der Psychosen zur Heilung durchschnittlich kürzere Zeit in Anspruch nimmt. Es wurden übrigens auch ausser Narcotica meistens noch andere Mittel in Gebrauch gezogen.

Dr. *Tigges* in Marsberg hat die Injectionen mit Morphium in vieler Fällen von Dysphren. neuralg. versucht, im Ganzen ohne besondern Erfolg. Da er demnächst seine Beobachtungen mittheilen wird, beschränke ich mich auf diese vorläufige Mittheilung.

Die Irren-Abtheilung des Zellen-Gefängnisses zu Bruchsal.

Der Güte des Herrn Dr. *Gutsch*, Arzt am Zellengefängniss zu Bruchsal, verdanke ich zwei Broschüren*), deren psychiatrischen Theil ich den Lesern unseres Blattes hier wiedergebe.

Diejenigen Gefangenen in Bruchsal, welche 6 Jahre Einzelhaft erstanden, oder das 70. Lebensjahr zurückgelegt haben, besonders aber auch solche, die mit körperlichen oder geistigen Leidenszuständen behaftet sind, werden der Einzelhaft nicht mehr unterworfen. Zufolge Beschluss des Grossh. Staatsministeriums vom 22. Sept. 1864 wurde die unweit des Zellengefängnisses, gleichfalls in der Sladt Bruchsal gelegene ehemalige gemeinschaftliche Strafanstalt unter dem Namen „Hilfsstrafanstalt" zu einem Theile des Zellengefängnisses erklärt, wo auch die zur Einzelhaft ungeeigneten Gefangenen unterzubringen seien. Diese Anstalt wurde am 1. Oktober 1864 eröffnet.

Die Bevölkerung der Hilfsanstalt besteht, so lange nicht Raummangel im Zellengefängniss derselben auch Gesunde zuführt, ausschliesslich aus gebrechlichen und leidenden Gefangenen, wesshalb Hausordnung und Disciplin, die im Allgemeinen nach den Regeln des Zellengefängnisses geübt wird, dort vielfache Ausnahmen erleiden, und von einem systematischen Zwange des Strafvollzugs nur bedingungsweise die Rede sein kann.

Altersschwache, Gichtbrüchige, Blinde, Lahme oder sonst verkrüppelte und durch lange Gefangenschaft herabgekommene, Schwachsinnige, Epileptische und manche Arten von Geisteskranken, deren Zustand nur eine passende Verwahrung erfordert, werden den Tag über in Sälen oder im Freien, ihren Zuständen entsprecend, gemeinsam beschäftigt, während sie des Nachts getrennt in Einzelzellen schlafen.

Während in diesem Theile der Anstalt, so weit thunlich, eine gewisse Haus- und Tagesordnung die einer besonderen Pflege nicht bedürftigen Gebrechlichen und Leidenden vereinigt — ist für die Bedürfnisse be-

---

*) 1) Blätter für Gefängnisskunde, etc. von *G. Eckert*, Direktor des Zellengefängnisses in Bruchsal, 3. Bd., Separatheft, Heidelberg, G. Weiss 1867.

2) Das Zellengefängniss Bruchsal, nebst der dazu gehörigen Hilfsstrafanstalt, etc. mit 4 lithograph. Tafeln, Heidelberg, G. Weiss 1867.

sonderer Verpflegung und methodischen Heilverfahrens ein *Krankenhaus* errichtet, das im Hinblick auf die Behandlung *Geisteskranker* mit allem hiezu Erforderlichen ausgerüstet ist, zu diesem Zwecke in seiner ganzen Einrichtung die Vermeidung jedes Strafanstaltsgepräges sich zur Aufgabe gesetzt und den Gedanken einer besonderen Abtheilung für irre Verbrecher zur Verwirklichung gebracht hat.

Ein in der Mitte des Anstaltsterrains gelegenes, von allen Seiten freistehendes, aus einem Haupt- und Flügelbau bestehendes Gebäude umschliesst geräumige, sehr schöne Gartenanlagen, welche, wie die Krankenzimmer selbst, bei südlicher Exposition die freundlichste Aussicht gewähren. Das Gebäude ist jedes gefängnissartigen Eindrucks entkleidet und bietet trotzdem selbst für die gewaltthätigsten und gefährlichsten Fälle alle Erfordernisse einer sicheren Verwahrung. Es kann 30 Kranke aufnehmen und bietet zu Dislokationen und Trennung, je nach Krankheits-Kategorien, Charakter und Bildungsgrad, jede erwünschte Gelegenheit.

Geisteskranke oder die Befürchtung von Geisteskrankheit erregende Gefangene finden daselbst eine Unterkunft und Behandlung, welche bei der durch die Isolirung erleichterten Erkennung der psychischen Störungen schon in den frühesten Stadien der Krankheitsentwicklung beginnt und eine dem Zustande der Gefährdeten angepasste Schonung und Milderung in der äusseren Lage und Umgebung zum Ausgangspunkte hat; auch sind dabei Mittel und Befugnisse gewährt, mit der ausgesprochenen Krankheit von Verbrechen und jeglichem Strafvollzuge abzusehen und nur den Kranken und dessen Bedürfnisse im Auge zu haben.

Durch die Hilfsstrafanstalt wird es ermöglicht, alle zur Einzelhaft und zu einem regelmässigen Strafvollzuge überhaupt minder taugliche Gefangene *sofort* auszuscheiden und so das Zellengefängniss selbst seiner störendsten Elemente zu entheben.

Das Krankenhaus hat ausser Versammlungssälen und Wohnräumen, die mit dem Garten unmittelbar in Verbindung stehen, im Erdgeschosse 4 Badekabinete, Theeküche, eine Tobabtheilung mit zwei Zellen und Einzelbad mit Vorrichtung für Douch- und verlängerte Bäder. Im obern Stockwerk sind die Schlafsäle, ein Polsterzimmer für Epileptische und zwei besondere Einzelzimmer. Der Garten ist mit Blumenbeeten und Rasen angepflanzt und mit Thieren aus Wald und Feld bevölkert, deren Pflege für Gemüthsleidende gar wohlthuend sich erweist. Ueber-

diess ist für Zerstreuung und soweit thunlich *Beschaftigung der Kranken* durch Lektüre, gewerblichen und Schulunterricht in der ausgiebigsten Weise gesorgt, und bieten hierin sowohl die schweren häuslichen Verrichtungen, als die besonders für Leidende herbeigeschafften leichteren Handarbeiten, und namentlich der für Geisteskranke so werthvolle Anbau der Nutzgärten und des übrigen Geländes der Anstalt reichliche Auswahl.

Die Verwaltung des Krankenhauses ist mit der des Zellengefängnisses vereinigt. Behufs der ärztlichen Ueberwachung ist dem ersten Arzte des Zellengefängnisses in der Hilfsanstalt selbst eine Dienstwohnung angewiesen, und werden in der gesammten Behandlung der wegen Krankheit hierher versetzten Gefangenen ohne dessen Zustimmugg keine Anordnungen getroffen.

Aus dem Jahresberichte des Hausarztes Dr. *Gutsch* für 1865 *) heben wir hervor, dass am 1. Juli 1865 erstmals aus dem Zellengefängniss 25 Sträflinge und bis zum Schlusse des Jahres weitere 12, also 38 Sträflinge in die Hilfsanstalt verbracht wurden.

Von diesen waren 19 mit vorwiegend geistigen Leiden behaftet.

Epilepsie war von der unvollkommenen Form bis zum Furor epil. in 6 Fällen, Schwachsinn verschiedener Art, meist auch mit körperlichen Gebrechen in 4 Fällen vertreten. Eigentliche psychische Krankheitserscheinungen zeigten sich in den übrigen 9 Fällen. Letztere hatten zum grösseren Theile aus einem durch die Einzelhaft begünstigten Gemüthsdrucke sich herauszubilden begonnen, oder bestanden in meist bei der Einlieferung schon vorhandenen, auch angeborenen Formen und Krankheitsanlagen, Mischungszuständen von geistiger Gesundheit und Krankheit, sog. intermediären Psychosen, deren Weiterschreiten zu entwickelten Formen in der Einzelhaft zu befürchten war, und zu deren Bekämpfung die Hilfsanstalt in einer die Eindrücke des Gefangenseins mildernden Umgebung und schonenden, den individuellen Leidenszuständen alle Rücksicht tragenden Behandlung, abgesehen von der mit jeglichem Heilapparate ausgestatteten Krankenpflege, vorzügliche Hilfsmittel besitzt.

In wie weit sich diese hilfreich erwiesen haben und erweisen konnten, möge aus der Geschichte der einzelnen Fälle ersehen werden.

*) Blätter für Gefängnisskunde etc., 3. Bd., Separatheft p. 69.

Thesen,

zu eventueller Vorlage nach der Diskussion über die *Griesinger*'schen Reformvorschläge in der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz vom 13. Juni 1868 bereit gehalten

von Dr. Richarz in Endenich bei Bonn.

1) Der den *Griesinger*'schen Stadt-Asylen zu Grunde liegende Gedanke, dass für alle unbemittelte und wenig bemittelte Psychisch-Kranke, für welche wegen ihres störenden Verhaltens Wegbringen aus ihrem Familienkreise nachgesucht wird, eine stets bereite Hilfe durch Aufnahme in leicht erreichbare Asyle hergestellt sein müsse, verdient alle Anerkennung. Dieser Gedanke ist von Andern bereits vor vielen Jahren in der ihm zukommenden allgemeinen Berechtigung ausgesprochen und auch von den Aerzten der Rheinprovinz in einer Petition an den Provinzial-Landtag vom December 1865 in der ihm gebührenden Ausdehnung vorgetragen worden. — *Nicht* einverstanden kann man demnächst sein mit den von *Gr.* angegebenen Modalitäten der Ausführung dieses Gedankens und besonders nicht mit den ihr gezogenen Schranken;

2) Auch solche Kranke nämlich, für welche, ohne dass ihr Verhalten dazu nöthigt, blos zum Zwecke ihrer ärztlichen Behandlung Entfernen aus der häuslichen Umgebung entweder von ihren Angehörigen oder gar von ihnen selbst gewünscht wird, müssen ohne zeitraubende Schwierigkeiten in Anstalten untergebracht werden können, falls nicht die völlige Aussichtslosigkeit jedes ärztlichen Handelns bei ihnen für notorisch gelten kann;

3) Die *Griesinger*'schen Reform-Vorschläge involviren eine durchaus nicht zu rechtfertigende Bevorzugung der Städtebewohner und eine unbillige Zurücksetzung der Landbewohner bei Befriedigung der Bedürfnisse der öffentlichen Irrenpflege. Diese Bedürfnisse aber sind, wohlverstanden, für Land und Stadt nahezu die nämlichen;

4) Das *Gr.*'sche Projekt würde faktisch zu einer Sonderung der Anstalten in Heil- und Pflege-Anstalten führen. Diese Trennung aber ist als eine verwerfliche zu bezeichnen; abgesehen von Irren-Siechenanstalten, müssen alle Anstalten gleichen Rang und Charakter haben, wenn auch vielleicht im praktischen Leben die einen etwas mehr zur Erzielung günstiger Kurresultate, die anderen hauptsächlich für die Pflege Unheilbarer benutzt werden mögen;

5) Nirgendwo soll ein Asyl inmitten oder auch nur in der Peripherie einer Stadt, sondern stets ausserhalb einer solchen gelegen sein. Für die günstigste Lage ist die in nächster Nähe einer mittelgrossen Stadt anzusehen. Doch ist auch eine mehr ländliche Situation nicht unzulässig. Eine Reise von einigen Stunden bis zur Anstalt ist von keinem Belang bei der Aufnahme; eine solche Entfernung fällt für die Städter noch weniger ins Gewicht, als für die Landbewohner, wenn, wie es überall sein sollte, sich bei den städtischen Hospitälern ein Lokal zur provisorischen Unterbringung von Unruhigen und Gefährlichen findet;

6) Psychiatrische Kliniken unterscheiden sich darin wesentlich von den meisten andern Kliniken, dass sie nicht, wie diese, zum blossen Zwecke des Unterrichts hergerichtete Institute sind oder sein sollen, bei denen die Armenkrankenpflege Nebensache ist. Die psychiatrische Klinik kann nur in einem gewöhnlichen Asyle und in der Regel auch nur von dessen Aerzten gehalten werden. Das klinische Asyl liege dicht bei und vor der Universitätsstadt und unterscheide sich weder durch seine Hauptbestimmung noch durch seine Einrichtung erheblich von andern öffentlichen Irrenanstalten. Kein irgend wesentliches Erforderniss eines guten Asyls, z. B. ländlich ruhige Lage, einheitliche und unmittelbarste ärztliche Leitung u. dgl. darf hinter die Zwecke des klinischen Unterrichts zurückgedrängt werden;

7) Für alle präsumtiv Heilbaren oder auch nur Besserungsfähigen und direkt ärztlicher Hilfe Bedürftigen bildet die geschlossene Anstalt unbedingt das beste und meist auch das einzig zulässige Refugium;

8) Die für die Pflege der Unheilbaren leitenden Grundsätze dürfen nicht wesentlich abweichen von jenen für die sog. Heilbaren; in Sonderheit dürfen nicht aus Rücksichten auf äussere Freiheit und das subjektive Behagen der Kranken, welches oft genug nur durch Befriedigung krankhafter und aufreibender Neigungen und Triebe zu erkaufen ist, ihr wahres Wohl und die eigentlichen Aufgaben einer humanen öffentlichen Irrenpflege und ebenso wenig die gerechten Forderungen der bürgerlichen Gesellschaft ausser Augen gesetzt werden. Diese entscheidenden Gesichtspunkte aber erheischen stets einen gewissen Grad von Isolirung und Einschränkung der meisten Kranken, ohne welche auch diejenige Schonung ihrer Kräfte nicht möglich wird, welche für die äusserste Verlängerung eines wirklich menschenwürdigen Daseins in diesen Zuständen unerlässliche Bedingung ist. Aus diesen Gründen ist die Anlage von grossen Irrenkolonien, von Irrendörfern, auch wenn sie ausführbar wäre, nicht zu empfehlen;

9) Zwischen den von *Gr.* aufgestellten agrikolen Kolonien, d. h. Versammlung einer grossen Anzahl von feld- und gartenbaufähigen Kranken auf Einem von ihnen zu bearbeitenden Terrain mit einem Centralasyl *einerseits* und den bestehenden geschlossenen Anstalten mit einem hinreichenden Areal von Acker- und Gartenland, welches von den Kranken, die dazu im Stande sind, bebaubt wird, *andererseits* lässt sich ein belangreicher Unterschied nicht entdecken;

10) Alle dazu befähigten Unheilbaren sollen aus der Anstalt entlassen und in Familienpflege gegeben werden. Eine wahrhaft familiale und zugleich wahrhaft freie Verpflegung aber ist in den sog. familialen Kolonien *Gr.*'s, die noch dazu mit einem geschlossenen Asyl in Kombination bleiben sollen, *nicht* zu erblicken. Eine Pflege, wirklich mit allen *möglichen* Wohlthaten eines ungezwungenen Familienlebens verbunden, ist nur unter Ausscheiden aus dem Anstaltsverbande durch Rückkehr in die eigene oder doch eine heimathliche Familie oder eventuell in sonstwo vorgefundene, dazu ausersehene fremde, aber im Lande zerstreute Familien zu realisiren. Alle Kranke, die dazu nicht im Stande sind und nur in eigens für sie ins Leben gerufenen und in eine Colonie (als eine Dependenz der Anstalt) zusammengebrachten Familien *ausserhalb* der Anstalt leben können, würden am besten *in* der Anstalt verbleiben. Also: entweder fast vollständige Emancipation, Entlassung aus der Anstalt in die Gemeinde unter einer gewissen Ueberwachung durch Armenarzt und Kreis-Physikus, oder aber Verbleiben in der Anstalt mit dem grösststatthaften Maass von Freiheit der Bewegung in und ausserhalb derselben. Dies sollte auch fernerhin für Kranke dieser Gattung die Alternative bleiben;

11) Die Zahl der zur sog. freien Verpflegung wirklich Geeigneten ist unter allen Umständen so gering, dass es nicht zu verantworten wäre, wollte man um ihretwillen auch nur eines jener grossen Principien, die für die weitaus überwiegende Mehrzahl der Pfleglinge maassgebend bleiben müssen, opfern oder schädigen lassen. Alle wirklichen oder angeblichen Uebelstände zudem, welchen durch die sog. freien Verpflegungsformen abgeholfen werden soll, schwinden oder lassen sich doch leicht auf ein Minimum reduciren dadurch, dass die Asyle eine mässige Grösse, resp. eine mittle Krankenzahl nicht überschreiten, und ihre Anzahl dementsprechend bei einfachster Einrichtung vermehrt wird: eine Reformmaassregel, die ohnehin von dem Inbegriff aller Eigenschaften einer guten, auf der Höhe unserer Zeit sich bewegenden Irrenfürsorge gebieterisch gefordert wird und dermalen allein einen Fortschritt in der rechten Richtung darstellt.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 6 & 7. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland von Griesinger, Archiv, 1, p. 8.

Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland

von Griesinger, Archiv, 1, p. 8.

Analyse von Dr. Brosius.

So lautet die Ueberschrift der Abhandlung Griesinger's, auf die wir in Nro 2 unseres Blattes schon hinwiesen. Das Thema ist, obgleich vielfach besprochen, doch noch immer berechtigt, da eine weitere Verbesserung des Irren- und Anstaltswesens möglich und nothwendig ist. Daher hat denn auch G.'s Abhandlung seitens mehrer Irrenärzte [1]) — ihres Wissens und ihrer Erfahrung wegen gelten sie als kompetente Beurtheiler — ausführliche Besprechungen hervorgerufen; diesen kann Ref. für die speziellen Fachgenossen kaum Etwas hinzufügen; aber den

---

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 24, p. 832. „Aus der Provinz".
Bd. 25, p. 292. „Aus der Provinz".

Löwenhardt, Virchow's Archiv, Bd. 42, 318.

Laehr, Fortschritt? Rückschritt! Reform-Ideen des etc. Dr. Griesinger, Berlin 1868. desgl. II, Berichtigung der Streitschrift Griesinger's etc. Berlin, 1868.

praktischen Aerzten, welchen die betreffenden Debatten nicht zugehen sollten, hofft er nichts Ueberflüssiges zu sagen.

Seit dem ersten Entstehen der Asyle ist eine Verbesserung des Irren- und Anstaltswesens angestrebt und nach und nach auch erreicht worden. Man vergleiche nur die alten Gebäude mit den neuen; welch' ein Unterschied in Bau, Einrichtungen und Technik! Wie sehr hat sich die ärztliche Behandlung, die Wartung und Pflege der psychischen Hirnkranken geändert! Schon im Publikum hält man letztere nicht mehr für unheilbar, und bezüglich vieler Asyle behauptet man ernstlich, die Kranken würden in ihnen verwöhnt. Aus Gefängnissen sind Hospitäler, freie Stätten der Humanität und Wissenschaft geworden; man tadelt schon, nicht ganz mit Unrecht, an manchen den Luxus. Alte Asyle werden umgebaut, und jedes Jahr fast werden neue mit durch die Erfahrung und Wissenschaft gegebenen baulichen und technischen Verbesserungen eröffnet, um der Fürsorge für die wachsende Zahl der Irren zu genügen. »Die Zeiten sind vorbei“, sagt Griesinger [1], „wo für die verbesserten Anstalten Propaganda gemacht werden musste.“

Trotz der Gründung immer neuer Asyle sind doch immer fast alle überfüllt. Daher beschäftigt schon seit Jahren die Irrenärzte verschiedener Länder die wichtige Frage, wie, da man doch nicht immer fort neue Anstalten bauen könne, wie sonst die Irren passend unterzubringen seien, um der nachtheiligen Ueberfüllung der Asyle abzuhelfen, und wie und wo man *die* Geisteskranken, welche, obwohl zu Hause unmöglich, doch nicht nothwendig in Irrenhäusern leben müssen, placiren solle. Verschiedene Vorschläge liegen darüber vor. [2])

Ausser dieser Frage standen und stehen noch andere auf der Tagesordnung, betr. die Irrengesetzgebung, den klinischen Unterricht in der Psychiatrie, die Abschaffung der instrumentalen Zwangsmittel, alles Fragen, deren Lösung wesentlich zur Verbesserung des Looses der Irren in und ausser den Anstalten beiträgt.

---

1) Zur Kenntniss der heutigen Psychiatrie etc., Streitschrift gegen Laehr. p. 23. Leipzig, Wigand, 1868.

2) Vergl. u. A. Roller, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 1858, p. 420.
Damerow, ibidem, 1862, p. 177, 186. Schwartz, ibid. 1863. p. 32, Die französische und englische psychiatrische Literatur ist reich an Besprechungen dieses Themas.

In seiner Abhandlung nun setzt Griesinger auseinander, „was *er* für die Gestaltung des öffentlichen Irrenwesens in Deutschland in der nächsten Zukunft für nothwendig und erspriesslich hält. Bei der Lektüre dieses Aufsatzes, den man übrigens aufmerksam und im Vergleich mit andern Schriften des Verf. lesen muss, fiel mir auf, dass G. manchmal so spricht, als stehe er mit seinen Ideen der Majorität der deutschen Irrenärzte gegenüber, als ob diese eine Verbesserung des Irrenwesens nicht für nöthig oder möglich halte, und als gebühre ihm in der Tagesfrage die Priorität und der Ruhm der Initiative. Das — wenn G. es wirklich glaubt — wäre aber ein falscher Glaube, den ich mir dadurch erklären könnte, dass G., nachdem er die Schule *v. Zeller*'s in Winnenthal verlassen und ihr durch sein Lehrbuch (1845) ein rühmliches Denkmal gesetzt hatte, später aufhörte, psychiatrischer „Spezialist" zu sein, mehre Jahre sogar im Auslande lebte, auf anderen Gebieten der Medizin eine grosse und verdienstliche Thätigkeit entwickelte, so zwar für die Psychiatrie den festen Boden behielt, sich aber nicht mehr eingehend um sie bekümmern konnte, bis er vor 7—8 Jahren sich ihr wieder mehr zuwandte. Wenn ein Kliniker, bei grossem Eifer in andern Richtungen, nicht die Zeit hätte, in die psychiatrische Literatur mehr als einen flüchtigen Blick zu werfen, oder mit Arbeiten überhäuft, seine Zuflucht zu den Referaten der Assistenten nehmen *müsste*, — wahrlich so wäre einige Unbekanntschaft mit den Bewegungen auf fernerem Gebiete erklärlich, und wäre auch die Receptivität eines solchen Mannes doppelt so intensiv, als sie wirklich ist.

In magnis voluisse sat est. Wir müssen uns schon *darüber* freuen, dass ein Gelehrter von dem Ansehen und in der Stellung G.'s sein wirksames Wort einlegt für herrliche, Anderen angehörende Ideen, und müssen es seiner Vergangenheit zuschreiben, wenn er, nach seiner Redeweise hier und dort zu urtheilen, befriedigt *glaubt*, dass gewisse Bestrebungen das Resultat der Gegenwart seien, an der er in vorderster Reihe participire. Eine Zustimmung zu guten alten Ideen ist ja ein erfreuliches Zeugniss *desselben* Genius und bürgt uns dafür, dass G., wenn er sich erst auf dem praktischen Gebiete der Psychiatrie in klarer Anschauung orientirt hat, dass er dann auch die neuen *ihm* angehörenden Vorschläge mit Glück revidiren wird.

Mit Recht sagt nun G. zunächst, die bisherigen Heil- und Pflegeanstalten verwerfend, „dass der Begriff der Heilbarkeit und Unheilbar-

keit Angesichts der Erfahrung nicht den Werth hat, um zum Prinzipe für die Verschiedenheit der Anstalten gewählt werden zu können.» „Die Praxis des Lebens hat immer die Theorien durchbrochen, wonach die eine Klasse von Anstalten heilbare, die andere unheilbare Kranke haben soll. Es ist ein öffentliches Geheimniss, dass die sog. „reinen Heilanstalten“ viel mehr Unheilbare, als Heilbare aufnehmen.“ Diese und andere Sätze G.'s sind allbekannt. Nasse[1] u. A. bemerkt, „bekanntlich sind auch die reinen Heilanstalten thatsächlich stets gemischte — und unterscheiden sich nur durch ein Mehr oder Minder in dem Vorwalten ihrer Bevölkerungsbestandtheile von den verbundenen Heil- und Pflege-Aanstalten.“ Bei Laehr[2] können wir uns auch überzeugen, dass wirklich nur die grosse Minderzahl der deutschen Irrenanstalten „reine Heilanstalten“ heissen. Vergl. auch Gudden[3]).

G. schlägt nun anstatt der bisherigen Heil- und Pflegeanstalten vor „zweierlei Hauptarten von Anstalten, die deswegen auseinander gehalten werden müssen, weil sie ganz verschiedene Lage, Einrichtung, Organisation haben sollen, *die eine bestimmt für einen bloss transitorischen, die andere für einen langen Aufenthalt der Kranken.*“ Solche zwei Hauptarten, bezüglich der *Bestimmung*, existirten nun schon lange, indem eben in den Heilanstalten der Aufenthalt der Kranken nur „transitorisch,“ in den Pflegeanstalten ein „langer“ ist, wenigstens der *gewöhnlichen* Regel nach. Aber nach G. „sind die praktischen Einrichtungen für diese beiden Zwecke total verschieden, weit verschiedener, als bisher die Heil- und Pflegeanstalten unter sich differirten; nur für die Bestimmung eines langen Aufenthaltes sind die speziellen Institute erforderlich, die man heut zu Tage allgemein meint, wenn man von den modernen Irrenanstalten spricht.“ Letztere lässt G. also bestehen für die chronischen, ganz gewöhnlich unheilbaren Fälle, also als Irrenpflegeanstalten, in denen allerdings auch noch Heilungen und Besserungen vorkommen.

Für die *akuten* Zustände, unter denen G. nicht nur „frische Erkrankungen, noch heilbare Formen, sondern auch Exacerbationszustände

---

1) Aerztl. Bericht über Siegburg etc., Cöln 1864; Promemoria etc. 1865.

2) Ueber Irrsein und Irrenanstalten, Halle, 1852.
Die Irrenanstalten Deutschlands etc., Berlin, Hirchwald, 1865.

3) Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 1859, p. 627.

ganz chronischer Formen“ und periodische „längere Zeit aussetzende“ Fälle versteht, will er sog. *Stadt-Asyle*, die also demnach heilbare *und* solche unheilbare Kranke aufnehmen, wie sie thatsächlich auch in den gewöhnlichen bisherigen Heilanstalten resp. Heil- und Pflege-Anstalten aufgenommen werden.

„Vor Allem muss *jede grosse Stadt*, sagt G., in ihrer allernächsten Nähe einen solchen Ort zur richtigen Unterbringung und Behandlung akuter Fälle besitzen.“ Das Bedürfniss ist unzweifelhaft. So erklärt es sich, dass schon *vor* dem Vorschlage G.'s viele Stadt-Asyle existirten, Asyle in oder in grösseren Städten, in denen auch akute Fälle aufgenommen wurden. Die vortreffliche Idee des Stadtasyles ist in der That nichts Neues.

In Holland gingen aus den Stadtasylen die Provinzialanstalten, Meerenberg ausgenommen, hervor. Am Rhein ist die Lindenburg bei Köln z. Theil ein Stadtasyl für Köln; Crefeld hat ein solches als Abtheilung des Krankenhauses. „Und nun kann ich mich der Betrachtung nicht entziehen, sagt Löwenhardt (l. c.), dass wir, ohne das Gute zu erkennen, manches Stadtasyl und mit ihm einen wesentlichen Theil der Griesinger'schen Reform gehabt und es, unüberlegt genug, aufgegeben haben. In Neuruppin war ein Stadtasyl mit einem schönen Garten, in Hamburg ist eine Irrenabtheilung mit dem allg. Krankenhause verbunden, und vielleicht könnte man den Fehler, die neue Anstalt so weit von der Stadt gebaut zu haben, dadurch verbessern, dass man die akuten Fälle im Krankenhause lässt. Auch in Halle war die Irrenanstalt früher in der Stadt, ebenso in Heidelberg, bevor sie nach Illenau kam; in Greifswald, Danzig, Leipzig, Würzburg und — wie können wir das Nächste vergessen! in Berlin ist's ja noch so.“

Das unzweifelhafte Bedürfniss wird auch noch mehre Stadt-Asyle schaffen, wobei es mir jedoch zweifelhaft erscheint, ob die Gründer, falls sie Sachverständige berathen, ihnen die von G. vorgeschlagene Einrichtung geben werden.

Nämlich die allermeisten akuten Gehirnleiden erfordern, behufs möglichst rascher Heilung resp. Beruhigung, — Schonung und Ruhe des Körpers, speziell des Gehirns, daher kürzere oder längere, durch intensive, unangenehme, widrige, angreifende sensorische und psychische Reize nicht gestörte, Einsamkeit und Isolirung. Namentlich bei vielen Depressionszuständen ist diese Ruhe oft von rascher kurativer Wirkung, wäh-

rend andere Depressions- und Erregungszustände gewöhnlich einen Wechsel von Ruhe und Bewegung, selbst, je nach dem Stande der Ernährung, bis zu gelinder Ermüdung des Körpers erfordern. Diesem hier nicht weiter zu detaillirenden therapeutischen Grundsatze, dessen Vernachlässigung, wo auch der Kranke lebe, sich gewöhnlich rächt durch Protrahirung oder Chronischwerden der psychischen Störung, — ist, so weit *ich* urtheile, in dem Stadtasyle G.'s nicht die mögliche Rücksicht geschenkt, und ich kann daher dieses nicht für eine *gute* Heilanstalt halten.

Wohl fordert G. für sein Stadt-Asyl „ruhige Lage in möglichst freundlicher Umgebung, Entfernung von Geräusch und Treiben der Stadt," „Stille und Schutz vor der Ueberfluthung durch die grosse Stadt" — aber diese Erfordernisse werden durch die *inneren* Verhältnisse des Asyles nicht unterstützt. Als dessen wichtigste Abtheilung bezeichnet er nämlich die auf jeder Seite einzurichtende *Infirmerie mit dem Wachsaale.* Er rechnet auf die Bewohner des Hauses wenigstens 25%, also bei „60, 80—150 Plätzen, je nach der Grösse der Stadt" wenigstens 15, 20 bis 37 Kranke, die „körperlich leidend, mit schweren Hirn- und Nervensymptomen, mit allgemeinen Ernährungskrankheiten, mit erheblichem Schwächezustande behaftet" oder „in einem hohen Erregungszustande aufgenommen", eine anhaltende Pflege *Tag und Nacht*, also eine besondere Abtheilung bedürfen, bestehend aus je zwei Sälen (vereinigte Infirmerie und Wachsaal), nebst *mehren* Einzelzimmern für bettlägerige Kranke, die besondere Ruhe bedürfen, *einem* einfachen leeren Isolirzimmer, *einer* Matratzenzelle etc. Also, verstehe ich G. recht, körperlich leidende, erheblich schwache, bettlägerige Kranke, die gewiss „besondere Ruhe bedürfen", auf *derselben* Abtheilung, „in einem Pavillon" d. i. doch wohl in der *Nähe*, mit hocherregten Irren! Finden jene denn in der Nähe dieser die „besondere Ruhe", welche man ihnen verschaffen soll? Ich dächte, doch *viel* besser *nicht* auf *derselben* Abtheilung mit den hocherregten, also nicht durch „Vereinigung", sondern durch Trennung der Infirmerie von dem Wachsal. In der neusten Anstalt zu Paris, in St. Anne, sind die zwei Infirmerien auf jeder Seite *am weitesten* entfernt von den Abtheilungen der Erregten, und ich weiss auch nicht anders, als dass dieser so natürlichen Rücksicht in allen guten Asylen so viel als möglich genügt wird, ebenso wie man auch ausserhalb der Asyle von schwachen, bettlägerigen der Ruhe bedürfenden Kranken, hocherregte Menschen möglichst fern halten wird.

Die genannte Abtheilung ist allerdings sehr „kurz beschrieben", und wir erfahren nicht einmal, wie die „vereinigte Infirmerie" und „Wachsaal" *zu einander* liegen, — ein Plan ist nicht beigegeben — und somit wird G. später noch wohl angeben, wie „die besondere Ruhe" den ihrer bedürfenden Kranken auf *derselben* Abtheilung mit den hocherregten, den Klopfern, Stampfern, Sängern, Schreiern, Heulern, Brüllern etc. — verschafft wird. Ich vermuthe, dass auch *solche* Erregte auf den Wachsaal kommen, denn wozu sonst das „leere Isolirzimmer" und die „Matratzenzelle" bei dem Wachsaal? Liegen diese nun so, dass der Lärm aus ihnen nicht dahin dringt, wo die der Ruhe und des Schlafes bedürfenden Kranken wohnen? Wir erfahren es nicht, ebensowenig wie die Einzelzimmer zu dem Hauptsaale der *Infirmerie* liegen, in der doch neben ruhigen gewiss auch unruhige „schwache und bettlägerige" Kranke aufgenommen werden sollen. Vor Ausfüllung *dieser* Lücke kann G. eine Nachahmung seiner Einrichtung, die, wie er sagt [1]), „in der Charité zu Berlin aufs Beste functionirt", nicht gut erwarten. So viel ich weiss, existirt diese Einrichtung *principiell* sonst nirgends oder vielmehr nirgends mehr *da* in Deutschland, wo man aus einem schlechten Asyle ein gutes machen wollte und konnte. Ich muss bekennen, dass ich mir das Leben auf einem Wachsaale nach G., wo also hocherregte, nicht bettlägerige, nicht auf die *Infirmerie* gehörende Geisteskranke zusammen sind, nicht vorstellen kann. G. wird jedenfalls einen jüngeren Kollegen entschuldigen, der bisher nur gewohnt war, „hocherregte" Schwermüthige, trauernde, weinende, sehr unglückliche, von Angst und Sorgen gequälte, panophobische durch finstere Ideen und Phantasmen erschreckte, des Lebens überdrüssige, den Tod suchende, kurz Gehirnkranke in sog. melancholischen Zuständen — in *seinem* Asyle zu trennen nicht nur von einander, sondern auch von hocherregten Gehirnkranken mit sog. heiterer Stimmung, von ausgelassenen, lachenden, lustig singenden Kranken, die sich äusserst wohl fühlen, von behaglich und unaufhörlich plaudernden, schwadronirenden, renomirenden, von ewig beweglichen und durch die mannigfachsten Projekte und Neigungen getriebenen, Jeden haranguirenden, Jeden neckenden, verlachenden, spöttischen etc. Kranken. Sind solche und andere Exaltirte zusammen auf dem Wachsaal und zusammen mit jenen hocherregten Me-

---

1) Streitschrift, p. 5.

lancholikern? Es scheint, denn „die übrigen Abtheilungen des Hauses sind für die nicht bettlägerigen, nicht aufgeregten ruhigeren etc. Kranken“ wie G. ausdrücklich sagt. Wie mannigfach verschieden sind die Erregungszustände! „Die Verlegenheiten und Störungen, die durch die akuten Zustände, hochgradige Melancholie, Selbstmordversuche, Manieausbrüche, alkoholische, erotistische und dergl. Erregungen in den Familien angerichtet werden, verlangen *augenblickliche* Abhülfe;“ hören denn in jenem Wachsaale die Verlegenheiten und Störungen augenblicklich auf? Freilich, für die Familien; aber auch für die einzelnen Bewohner der Wachabtheilung, für die Kranken selbst? Wie ich doch so „laienhaft“ frage! ich „Unkundiger“! G. vergass ja nicht, dem Wachsaal *ein* leeres Isolirzimmer und *eine* Matratzenzelle beizufügen. *Rechne* doch nur! Ein Stadtasyl mit „150 Plätzen“ hat „mindestens 25%“, also 37—38 Kranke, die in der „wichtigsten Abtheilung des Hauses“ wohnen, also 19 auf jeder Seite. Denke dir mal, dass von diesen 19 *sehr viele*, also 10 in der „vereinigten Infirmerie“ sind, mithin 9 in dem gemeinschaftlichen Wachsaal. Zwei können noch davon bei „Verlegenheiten und Störungen“ in das *eine* leere Isolirzimmer und die *eine* Matratzenzelle gebracht werden; da bleiben ja nur 7 „hocherregte“ in dem *einen* Wachsaal zusammen! Ist dann etwa unter diesen *nur* 7 Bösen noch ein oder der andere, dem es auch, vielleicht noch nachträglich, einfallen sollte, Verlegenheiten und Störungen zu machen, nicht abgeschreckt durch die Isolirung der zwei Genossen, nun so wartet er, bis die Isolirzimmer wieder frei werden, und er kann das, denn die Isolirung beruhigt ja z. B. einen Schreier, einen schimpfenden Hallucinanten, einen tanzenden Maniacus, einen lustigen Sänger, einen verzweifelten, Hülfe rufenden Geängstigten und „dergleichen Erregte“ nach wenigen Stunden! Wochenlange Paroxysmen kommen ja in solchen Stadtasylen mit ihren nur *akuten* Zuständen nicht vor!! Um wie viel % die Einrichtung der „aufs Beste functionirenden“ Wachabtheilung in der Charité die Heilungen dort vermehrt und die Versetzungen in die städtische Pflegeanstalt vermindert hat, — darüber haben wir, leider! von G. noch keine Mittheilung.

Die wichtigste Abtheilung des Hauses ist nach G. zugleich *Beobachtungsstation,* „der überhaupt jeder neue Kranke zum mindesten für einige Tage zugewiesen werden muss, bis man ihn näher kennt.“ Die Wachabtheiluag des Stadtasyles nach G. verhält sich sonach zu den

übrigen Abtheilungen, wie die sog., aber fälschlich genannte, Infirmerie in Gheel zu der freieren Colonie, wo nämlich auch die neuen Kranken bleiben, bis entschieden ist, ob sie sich für das freiere Leben eignen. Diese Beobachtungsstation in Gheel ist aber eine vollständige, wohl organisirte, moderne Anstalt mit verschiedenen Quartieren und Höfen und entspricht ihrem Zwecke, mit Rücksicht auf den ganz verschiedenen Charakter der dort befindlichen Kranken; die Beobachtungsstation in G.'s Stadtasyl ist dagegen nur *eine* Abtheilung, in welcher bunt durcheinander die verschiedensten Irreseinsformen untergebracht werden. Ich finde wenigstens nirgends in G.'s Aufsatze einer Trennung der Neu-Aufgenommenen und zu Beobachtenden erwähnt; „zum mindesten für einige Tage“ werden sie *alle* der *einen* Abtheilung zugewiesen. G. wolle mich entschuldigen, wenn auch mir die genannte Abtheilung des Stadtasyles die Vorstellung eines „Chaos“ [1]) und die Erinnerung an das frühere „Tollhaus“ [1]) erweckt, und ein solches will und mag G. doch nicht; ich glaube daher, dass er in seiner Abhandlung eine oder die andere Angabe *vergessen* hat und uns demnächst durh eine Zeichnung, einen Plan, der deutlicher spricht, vollständig belehren wird. Es würde mich um so mehr wundern, wenn G. Nichts vergessen hätte, da er doch, wie ich aus seiner citirten Streitschrift sehe, Conolly so gut kennt und hochschätzt. Nach diesem habe ich mich bei der Aufnahme *akuter* Fälle stets gerichtet. Da die praktischen Aerzte auch davon Gebrauch machen können, will ich Conolly [2]) nach meiner Uebersetzung p. 25 und 26 citiren. „Die Seklusion ist ebenso passend, ein reizbares Gehirn vor den Ursachen gesteigerter Reizbarkeit zu schützen, als ein ruhiges Zimmer mit Ausschliessung hellen Lichtes und vieler Besuche für denselben Zustand des Gehirns im Fieber passt. Der Kranke bedarf der *Ruhe*, und jeder Gegenstand, jede Person, die er sieht, regt ihn auf. Jeder in Geisteskrankheiten erfahrene Arzt weiss, dass die frischen Fälle von Irresein mit Aufregung zur Erschöpfung und zum Tode tendiren, welche Tendenz im Kampfe des Kranken mit Zwangsmitteln oder den fortwährenden Reizen, *die beim Zusammenleben von Irren unvermeidlich sind*, in hohem Grade sich steigert und durch Ruhe und Stille allein erlischt. *Einsperrung* gewährt ihm die Wohlthat ununterbrochener Ruhe, indem sie sofort jede Ursache von Aufregung entfernt. Der Kranke sitzt in *seinem eigenen Schlafzimmer,* anstatt einer Menge von Kranken exponirt zu sein. — Bei manchen Kranken sind Ruhe und Einsamkeit sehnlichst

[1]) Laehr, l. c. [2]) Conolly, ins Deutsche übers. v. Brosius, Lahr, 1860.

gewünschte Wohlthaten. — Manchmal wird die Aufregung dadurch beseitigt, dass man den Kranken *allein* in einem der freien Höfe herumgehen lässt, und man thut das immer, so bald es nur möglich ist.“

Also wir sollen einen neu aufgenommenen akut erkrankten Irren im Asyle nicht einer Menge anderer Kranke und den Reizen, welche im Kontakt mit ihnen nicht ausbleiben, exponiren, wie es in dem Wachsaale resp. in der Beobachtungsstation des Stadtasyles nach G. geschieht, sondern ihn für die erste Zeit in einem ruhigen Einzelzimmer unterbringen und beobachten. Von dem grossen Nutzen dieser Massregel habe ich mich, namentlich bei Schwermüthigen, so oft überzeugt, dass ich G. nur rathen kann, die Wachabtheilung seines Stadtasyles, je nach dessen Grösse, in 6, 8, 12 freundliche Einzelzimmer mit einem gemeinschaftlichen Saale zu zerlegen und diese Abtheilung *gänzlich* zu trennen von der Infirmerie.

Diese Zerlegung und Trennung wird den Charakter eines städtischen Asyles um so mehr verbessern, als und wenn in demselben nach G. nicht bloss Kranke aus den „unteren Volksklassen“, sondern auch aus der „Klasse der Bevölkerung“, die „bei guter Erziehung und sorgfältiger Geistesbildung“ doch nicht die Mittel für die Unterbringung in Privatasylen besitzt, aufgenommen werden, „kleinere Gelehrte, Künstler, Aerzte, Beamten, Literaten, Kaufleute etc., Frauen, Töchter und Wittwen mit Bildung „aber ohne Vermögen«. Daher, ich billige diese Forderung G.'s vollständig, „müssen die Verhältnisse im Innern des Stadtasyls auf einen anständigen Fuss gestellt sein“, aber ich billige nicht, wenn Irre aus jenen gebildeteren Klassen mit solchen aus den unteren Volksklassen in ein und dieselbe Wachabtheilung resp. Beobachtungsstation treten. Dieser Kontakt stört mindestens die Behaglichkeit *mancher* Geisteskranken, die sich ihres Zustandes und der Veränderung ihrer Situation bewusst sind. Für „die übrigen Abtheilungen des Hauses“ bezeichnet G. „eine relativ grosse Zahl von Einzel-Schlafzimmern besonders für die oben näher bezeichnete Klasse gebildeter Kranke“ als „ein dringendes Bedürfniss“; für die Wachabtheilung hat er, sonderbarer Weise als Adnexe nur *ein* leeres Isolirzimmer und *eine* Matratzenzelle. Es treffen da also möglicher Weise zusammen ein Gelehrter mit seinem Schuster, ein Kaufmann mit einem Lastträger, ein Beamter mit seinem Bureaudiener, eine Dame mit ihrer Waschfrau, — eine ganz ehrenwerthe, aber doch nicht passende Gesellschaft, weil bei manchen eine Quelle der Beun-

ruhigung, des Missbehagens, der Scheu und Gêne, somit nachtheiliger Reize für das akut erkrankte Gehirn. Dazu kommen andere Nachtheile, durch tadelnswerthe Rücksichten oder Vernachlässigungen des Wartpersonals, das auch im Stadtasyl nicht aus Heiligen bestehen wird, durch die Scheu und Vorurtheile gebildeter Familien, während eine bessere Klassifikation im Stadtasyl besser über die Unentschlüssigkeit und Bedenken bei der Unterbringung daselbst hinweghelfen würde.

G. verwirft für das städtische Asyl „die Zellenabtheilungen der heutigen Irrenanstalten mit ihren Doppelkorridoren (!), ihren trüben Räumen und — ihrem eigenthümlichen Parfüm gänzlich". — „Die Psychiatrie der Tobabtheilungen, sagt er, ist so wenig die meinige, wie die der Zwangsjacken." Auch ich hatte einen solch' schönen Gedanken, als ich zuerst, vor 12 Jahren, überzeugt von der cerebralen Natur der Psychosen, begeistert durch Conolly's Vorgehen in England, in die *praktische* Psychiatrie selbstständig eintrat und ein Dorf-Asyl gründete für gebildete Kranke. Ein „von einem Privathause nicht zu unterscheidendes" Haus baute ich, träumend von der Freiheit und den freien Verpflegungsformen für Geisteskranke. Aber so viel ich auch meine eigene Freiheit und die Behaglichkeit meiner Familie opferte, ich konnte doch schliesslich, mit Rücksicht auf den grösseren Theil der Anstaltskranken, die Einrichtung von *Zellen* nicht umgehen, die, wie ich nun glaube, nicht nur ruhige, sich wohl befindende Kranke vor Störung ihres Wohlbefindens durch Unruhige schützen, sondern auch zur Beruhigung und Heilung vieler unruhigen und hocherregten Kranken selbst wesentlich beitragen. Auch G. will ja für das Stadtasyl ein leeres Isolirzimmer, und ein Polsterzimmer, das sind 2 Zellen. Er verwirft also die *Zellen* nicht, sondern nur die Zellen-*Abtheilungen* der heutigen Irrenanstalten. Bekanntlich ist schon oft die Frage besprochen, ob man Gruppen von Zellen bilden oder sie vertheilen soll. Wenn G. für Vertheilung ist, so stimmen wir überein, ich würde die Zellen nur nicht so nahe den gemeinschaftlichen Sälen legen, wie auf der Wachabtheilung seines Stadtasyls, da man damit in den Fehler der *alten* Asyle verfällt, in welchen die infirmen, die gefährlich kranken, die der Ruhe bedürfenden Irren in die *Nähe* der Lärmenden und Tobenden placirt wurden. [1]) „Vereinigte" Infirmerie und Wachsaal nebst zwei Zellen gestatten keine *gute* Infirmerie.

---

[1]) Conolly p. 31.

Das ! hinter „Doppelkorridoren" verwandle ich in ein ? an G., ob er an diesen Korridoren nicht *Gutes* lässt? [1]) Uebrigens gibt es ja in vielen Asylen auch Zellen *ohne* Doppelkorridore. Wer verwirft nicht die „trüben Räume" und das „eigenthümliche Parfüm" der Zellen-Abtheilungen!

Es kommt aber doch nur auf die erste Anlage und Einrichtung, so wie die spätere Bedienung dieser Räume an, um ihnen ihr Odium zu nehmen! Ich erinnere G. an Heppenheim, das er doch zu den „heutigen Irrenanstalten" rechnet. Wurde hier sein Auge und seine Nase durch die Zellen beleidigt? Er ist gewiss mit dem festen Vorsatze hinausgetreten, in Zukunft auch die Besucher *seiner* Abtheilung in der Berliner Charité vor dem „eigenthümlichen Parfüm" zu schützen, welches dort wie überall aus *Vernachlässigung* sich erzeugt, selbst in den Abtheilungen der Ruhigen und Reinlichen; aus Vernachlässigung, der am besten durch häufige und gründliche Revision des *ärztlichen Direktors* vorgebeugt wird.

„Die Psychiatrie der »Tobabtheilungen" ist nicht die meinige", sagt G. Wieder ein Satz unseres Kollegen, der zu Fragen veranlasst. Liebt er nicht die Psychosen, welche *in* „Tob-Abtheilungen" und „Zwangsjacken" behandelt werden oder wurden? Einverstanden! oder verwirft er die Behandlung gewisser Psychosen *mit* Tobzellen? Wo lässt er denn die Tobenden? wofür sind denn das „leere Isolir-Zimmer" und die „Matratzenzelle" seines Stadtasyles, die doch die Tobabtheilung desselben bilden? Wir würden von G. viel mehr lernen, wenn er sich stets klar ausdrückte. In der That, seine Reform-Vorschläge sind vielfach lückenhaft. So hat er uns auch gar nicht mit den das Zellen-Parfüm zerstörenden Substanzen resp. Massregeln bekannt gemacht. Zur Zeit, als ich die Irren-Abtheilung der Charité in Berlin besuchte, 1866, musste er solche wohl noch nicht kennen, denn sogar in einigen gewöhnlichen Schlafsälen geriethen meine Respirationsmuskeln in reflektorische, doch bald unterdrückte, Bewegung.

Fragen muss ich noch, denn die Beschreibung des Stadtasyles ist sehr „*kurz*", warum G. für die wichtigste Abtheilung desselben nur *einen* Garten fordert, warum ausser diesem nicht einzelne Höfe existi-

---

[1]) Vergl. Seifert, die Irrenanstalt etc., gekrönte Preisschrift, Leipzig und Dresden, 1862.

ren?, für Kranke, die *in Gesellschaft mit anderen* solche „Verlegenheiten und Störungen“ bereiten, welche früher und auch jetzt noch hier und da als Veranlassung des Restraint gelten. G. erinnert sich, dass Conolly von diesen freien Höfen spricht, in denen manchmal die Aufregung aufhöre Schickt G. z. B. die an akuter Manie Leidenden, wenn ihre heftigen Actionen und ihr Lärmen in den Isolirzimmern nicht aufhören oder sich sogar steigern, in den *einen* gemeinschaftlichen Garten? Wenn das Unglück will, dass in einem Stadtasyle mit 150 Pat. zufällig 2, 3 junge ausgelassene Mädchen oder frische Puerperalkranke sind, denen man die Wohlthat der freien Luft gönnen muss, — lässt G. sie in dem einen Garten zusammen mit konvalescenten Infirmen? Dass die Infirmerie einen *eigenen* Garten habe, wie z. B in St. Anne, ist nicht angegeben. Ich kann G. versichern, dass man schlimme Auftritte bei ungenügender Trennung hocherregter Geisteskranken *erlebt*, und rathe ihm dringend, dem *einem* Garten noch Einzelhöfe beizufügen. welche, gleich Isolirzimmern die Aufregung mässigen, äussere Ursachen ihrer Steigerung fern halten, auch Balgereien mit den Wärtern verhüten, die in einem gemeinschaftlichen Garten für viele hocherregte Kranke doch nothwendig unter ihnen sein müssen.

Für das Stadtasyl mit seinen „transitorischen“ Fällen fordert G. nicht ein grosses Areal, nur einen kleinen Garten, keine Werkstätten, Spielplätze, Kegelbahn, Turnanstalten, keinen Raum zu geselligen Vereinigungen etc., „weil das Alles für akute Zustände unbrauchbar, für die relativ kurze Zeit der Rekonvalescenz oder Beruhigung unnöthig ist.“ Auch ich habe die Erfahrung gemacht, dass in frischen Fällen psychischer Gehirnleiden *höchst selten* Arbeit und Zerstreuung *für die erste Zeit* nöthig und nützlich sind; Ruhe in jeder Beziehung ist hier die grösste Wohlthat und das rascheste Heilmittel. Aber es kommen doch auch akute Fälle mässigen Grades, sog. ruhige Manien, leichte Melancholien, Steigerungen von Hypochondrie, Exacerbationen auf dem Boden der Imbecillität u. s. w. in die Asyle, welche neben zeitweiliger Ruhe auch Zerstreuung und Arbeit in und ausser dem Hause gestatten und erfordern, behufs Unterbrechung der Langeweile, psychischer Ablenkung, Befriedigung der Arbeitslust, Beförderung des Appetites und Schlafes. Welche Beschäftigung und Zerstreuung bietet G. diesen Kranken im Asyle? Das sagt er nicht. Genügt der „kleine Garten“? Wie mancher sehnt sich über dessen Grenzen hinaus, ohne echappiren zu

wollen, wie mancher versucht zu echappiren, wenn er nicht darüber kommt, wenn er sonst nichts zu thun hat, sich nicht zerstreuen kann. Ein Kranker hat sich beruhigt, er tritt in die Rekonvalescenz, selten schon nach 8 Tagen, viel öfter erst nach mehren Wochen; die in Aussicht stehende Entlassung kann gleichwohl noch nicht erfolgen, aus verschiedenen Gründen; Pat. muss noch 8, 14, 20, 30 Tage warten. Was treibt er in dieser Zeit im Stadtasyl, wo so viele Mittel der Zerstreuung ausser der Gesellschaft der Kranken fehlen. Gesetzt auch, die dauernde Langeweile sei ihm nicht nachtheilig. Ihn nicht herauszuziehen, ist doch grausam, und bekanntlich erfordert ihre Unterbrechung *sehr verschiedene* Mittel. Eines schickt sich nicht für Alle; die verschiedensten Stände sind, wie wir hören, im Stadtasyle vertreten; der Hausknecht, der Taglöhner, die Dienstmagd, die Näherin etc. können das Wartpersonal unterstützen, im Hause, in der Küche arbeiten und sich zerstreuen; der Beamte, der Kaufmann etc. werden lieber kegeln, ein Gelehrter vielleicht gern turnen oder Schach spielen, der Künstler sich an besonderen geselligen Vergnügungen und Veranstaltungen betheiligen etc. Für solche und viele andere Wünsche von Beruhigten und Rekonvalescenten ist im Stadtasyle nicht gesorgt. Ihre Befriedigung, wenn auch behufs definitiver Heilung vielleicht nicht *absolut nöthig*, ist doch wenigstens angenehm und fördert die Heilung. Ich finde es in der That merkwürdig, dass G., der doch auch die Humanität in der Irren-Behandlung predigt, von den Gründern eines Stadtasyles nicht das Geld fordert für wenigstens *unschädliche* Mittel zur Befriedigung natürlicher Wünsche der beruhigten und konvalescenten Irren. Er dachte gewiss nur an Patienten, die nach einigen Wochen das Asyl wieder verlassen können, nicht an die, welche „6—9 *Monate*“ oder „etwa höchstens *ein Jahr*, in ganz besonderen Ausnahmefällen 1½ Jahre an diesem Orte verweilen.“ Was er vergass, daran werden vernünftige Stadtbehörden denken; zu sehr werden sie den Kostenanschlag des Asyles nicht beschneiden. Ich glaube sie versichern zu können und zu müssen, *dass das Fehlen der Mittel zur Arbeit und Zerstreuung im Stadtasyle ein seiner grössten Fehler ist.*

G. fordert mit Recht für das Stadtasyl „ruhige Lage“, „Entfernung von Geräusch und Treiben der Stadt“, „Stille und Schutz vor der Ueberfluthung durch die grosse Stadt“, aber „auf ländliche Abgeschiedenheit sei gänzlich zu verzichten“; „ein stiller, geschützter, in allen Haupt-

erfordernissen befriedigender Platz *in* der Stadt, nur nicht in der Mitte, sondern an der Peripherie, sei schon viel besser, als ein solcher eine halbe Stunde vor den Thoren einer grossen Stadt." Nun möchte ich aber fragen, *wodurch* das Asyl an der Peripherie der Stadt vor dem Geräusch und Treiben der Stadt *dauernd* geschützt ist, und wie hier der Platz in allen Haupterfordernissen befriedigen kann. G. *verlangt* für das Asyl mit akuten Fällen Stille und Schutz, *baut* es aber da, wo Stille und Schutz sehr schwer und jedenfalls *weniger* zu finden sind, als 1/2 Stunde vor der Stadt, und wo es nach 25 Jahren nicht mehr an der Peripherie, sondern *in* der Stadt liegen wird, umgeben vielleicht von Bierhallen, Schlosser- und Schmiedewerkstätten, Fabriken etc. Die Nähe der Stadt hat mannichfache Vortheile, aber für *akute* Zustände ist ländliche Abgeschiedenheit, welche bei einer Entfernung von 1/4-1/2 St. jene Vortheile *nicht* ausschliesst, entschieden besser. Ich würde daher ein Stadtasyl nicht in der Stadt, nicht an ihrer Peripherie, sondern ohne Bedenken in einiger Entfernung *vor* der Stadt bauen.

Noch manche Fragen werfen sich auf, wenn man G.'s Abhandlung liest, auch die, ob G. wirklich auf dem Boden *gründlicher* Erfahrung und *genauer* Kenntniss der verschiedenen Zustände und Vorfälle bei Irren und in Asylen seine Vorschläge und Bemerkungen machte. Gern setze ich voraus, dass er auch *dieses* Mal „viel zu kurz und aphoristisch" gesprochen, und desshalb muss ich behufs unserer Verständigung und der Orientirung der Leser ihn doch weiter fragen. Warum bedarf das Stadtasyl nicht der „weitläufigen, Raum einnehmenden Mechanismen und Einrichtungen, die für die moderne „Irrenanstalt" nöthig befunden werden"? Denken wir mal an das Etablissement Gheel, wo gerade die grossen Distanzen zwischen den Krankenwohnungen so wesentlich zur Ruhe der einzelnen beitragen. Sollte nicht ebenso ein Stadtasyl, das ja nach G. aus „einzelnen Pavillons" bestehen, auch mit einem andern Krankenhause verknüpft sein kann, durch die Grösse des Terrains, welches grössere Distanzen der Pavillons von einander und von dem Krankenhause gestattet, wesentlich an *grösserer* Ruhe und *besserer* Luft gewinnen, somit auch in „Haupterfordernissen" mehr „befriedigen", als ein eng zusammengebautes Asyl auf *kleinem* Areal?

Warum sollen „die einzelnen Pavillons *nimmermehr* durch Hallen und Bogengänge verbunden sein"? Gründe gibt G. *für* das „Nimmermehr„

nicht an. Ich meine, jeder Besitzer einer aus mehren einzelnen Häusern bestehenden Besitzung schaffe *gern* solche *Verbindungen,* die den Dienst, den Geschäftsbetrieb bei hoher Temperatur sowohl, als bei Unwetter, bei Schnee und Regen leichter und angenehmer machen. G. will einen *schattigen* Garten für das Asyl, warum keine schattigen Verbindungen seiner einzelnen Theile? Mir ist es nicht klar; ich bitte G. um Belehrung.

Er will für „die *übrigen* Abtheilungen des Asyls, die für die nicht bettlägerigen, nicht aufgeregten ruhigeren etc. Kranken bestimmt sind“ *nicht* eine „eigene Gartenabtheilung“. Gründe für die Beseitigung des Gartens, der doch nicht schädlich ist, nennt G. nicht; er sagt auch nicht, ob und wohin die ruhigen, nicht bettlägerigen Kranken dieser Abtheilungen, die ins Freie wollen, geführt werden; ob in den Garten der Wachabtheilung oder in die Umgebung des Asyls? G. deutet allerdings an, dass die Nähe der Stadt und der Familien des Kranken diesem den Vortheil einer Beschäftigung *ausser* dem Hause und mehrtägiger Besuche zu Hause verschaffe. Ich gebe zu, dass manchem „ruhig gewordenen“ Kranken Solches gestattet werden kann, aber wie viele ruhige Kranke wollen und können sich noch gar nicht beschäftigen, wie viele die Ihrigen nicht besuchen! einige sind aus dem Asyle „an der Peripherie“ der „grossen Stadt“ stundenweit von ihrer Familie entfernt; fahren sie hin, werden sie von ihren Wärtern begleitet? Einige haben keine Verwandte in der Stadt. Wohin spazieren alle diese, denn sie können doch nicht alle stets zwischen den vier Wänden bleiben! und mancher „ruhig gewordene“ Kranke, der im Freien sein kann und will, kann und darf darum doch nicht das Anstalts-Terrain verlassen, er fürchtet und scheut sich noch, draussen ist es ihm noch zu lebhaft und geräuschvoll, oder das launige Wetter hindert ihn, vielleicht grade auch die *Nähe* der Stadt. — Es will mir manchmal scheinen, als wolle G. sein Stadtasyl durch den *geringen* Kostenanschlag empfehlen. Ist *das* der Fall, nun dann möchte ich *ihn* nicht behufs Entwerfung eines Anstaltsplanes und Leitung eines Anstaltsbaues empfehlen, denn zu grosse Sparsamkeit ist Verschwendung *und* ein Unrecht gegen die Kranken.

„Die Nähe der grossen Stadt bietet den unschätzbaren Vortheil, dem ruhig gewordenen Kranken das Bewusstsein der Nähe seiner Familie und seiner Freunde und damit eines der wesentlichsten Mittel des psychischen Wohlbefindens, der Beruhigung, des innern Haltes etc. zu

gestatten." In seiner Allgemeinheit ist dieser Satz nicht richtig. Was versteht G. unter „ruhig geworden"? Das ist ein zum exakten Gebrauche nicht geeigneter, weil vieldeutiger Ausdruck. Offenbar bezeichnet hier Ruhe nicht Heilung. Einem ruhigen, jedoch nicht geheilten Pat kann aber grade die *Nähe* der Heimath auch eine Quelle des psychischen Unbehagens und der Beunruhigung werden, und die weitere Entfernung eines Geisteskranken von seinen früheren Beziehungen hat auch ihre Vortheile. Dieser oder jener Kranke, der noch nicht ganz genesen ist, scheut noch die Wiederanknüpfung der alten Beziehungen; die Nähe von Verwandten und Freunden genirt ihn, er fürchtet ihre Begegnung, oder er drängt bei sonstiger Ruhe zu früh nach dem Wiedersehen, er verlangt dieses ungestüm, ohne dass der Arzt es gestatten mag. So entstehen gerade bei der Nähe der Familie, die auch nicht immer den vernünftigen Vorstellungen des Arztes folgt, die grade durch ihr unvorsichtiges Benehmen dem Kranken schadet, Inkonvenienzen, die beispielsweise mich wünschen lassen, lieber Patienten aus der Ferne, als aus der Nähe im Asyle zu haben. Aber meine kleine Erfahrung ist nicht entscheidend. Ich wollte nur andeuten, dass obiger Satz G.'s durchaus nicht auf alle Fälle passt, ohne darum die Nähe des Stadtasyls bei der Stadt zu tadeln. Ihre Vortheile für die Kranken bleiben aber ganz dieselben, wenn das Asyl 1/2 Stunde oder sogar eine ganze Stunde vor den Thoren der Stadt liegt.

Warum ist es für das Stadtasyl „selbst unzuträglich, dass der Oberarzt darin wohne"? Ich finde nur wieder Gründe des *Kostenpunktes* angedeutet, die nicht entscheiden dürfen, zumal die erste Mehrausgabe für eine Direktorialwohnung und ihre Appertinenzen *auf* dem Anstaltsterrain sich reichlich verzinsen wird. Bei »2—3 *tüchtigen* jüngeren Irrenärzten", einem *„geeigneten* Verwalter", „tüchtigen Oberwärtern", die alle natürlich *im* Hause wohnen, hält G. einen „täglichen Besuch des Oberarztes", etwa noch eine „Abendvisite bei dringenden Fällen" für „vollständig genügend"; *unter jenen Voraussetzungen* halte ich ihn sogar für vollständig überflüssig, und rathe ich städtischen Behörden zur Sparsamkeit. Je nach der Grösse des Stadtasyls, dem Charakter und Bildungsgrade seiner Kranken, der Art seiner inneren Einrichtung, je nach seiner Isolirung oder Verknüpfung mit einem andern Krankenhause wird die Zahl der Hausärzte differiren, aber immer lässt sich ein Modus finden, der dem Verantwortlichkeitsgesetze ebenso genügt, wie die Anstellung

eines „Oberarztes“ mit „Verantwortlichkeit“. Wenn er nicht *in* der Anstalt wohnen *darf*, so *kann* er gar nicht „die ganze Leitung auf seine Verantwortlichkeit nehmen“; thut er es, so ist er mindestens unbesonnen. — G. kann also den vielen Städten, die hoffentlich noch Stadtasyle gründen werden, Bedeutendes ersparen, wenn er ihnen *tüchtige* Irrenärzte, Verwalter, Oberwärter und Wärter verschafft. In der Hauptstadt warten gewiss manche auf solche Stellen, und aus seinen früheren Stellungen kennt er gewiss auch noch *geeignete* Persönlichkeiten, die, sind sie einmal im Stadt-Asyle, mit Freude und Lust dort wirken und *bleiben* werden. G. scheint in der That das Bedürfniss eines tüchtigen Beamten-Stabes nie empfunden zu haben, weil *er* stets ein tüchtiges Personal *hatte*. Aber nun denke er sich ein Stadtasyl *ohne* dieses Glück; seine sämmtlichen Kollegen an Irren-Anstalten werden ihm sagen, dass sie oft ohne dieses Glück waren, daher ohne Ruhe, so dass sie zu *häufigen* taglichen Besuchen in der Anstalt veranlasst wurden, weil sie sich für verantwortlich hielten. Wäre G. wirklich mit so ganz gewöhnlichen Hergängen und Zuständen, die sich nirgends in der Welt, also auch im Stadtasyle nicht vermeiden lassen, bekannt, so würde er *fordern*, dass der Oberarzt darin wohnt, anstatt letzteres für „unnöthig“, ja selbst „unzuträglich“ zu erklären. Auf die Vortheile der einen und die Nachtheile der anderen Seite ihn näher hinzuweisen, ist wohl nicht mehr nöthig.

Die nach G. „im hohen Grade empfehlenswerthe Einrichtung, dass bei *jeder* Anmeldung eines Aufnahmefalles einer der Assistenzärzte den Kranken in seiner Wohnung zu besuchen hat, um sich von der Sachlage etc. des Falles zu überzeugen“ — ist betreffs *mancher* Kranken nicht empfehlenswerth, weil eine Quelle der Steigerung ihrer Unruhe, des Argwohns, der Bitterkeit. Der Vorbesuch des Arztes, den der Kranke im Asyle wiedersieht, wird *erfahrungsgemäss* von diesem und jenem falsch gedeutet, als Beweis feindlichen Einverständnisses der Anstalt mit der Familie, des Komplottes, der Spionage etc. Man denke nur an die vielen, höchst misstrauischen, an Beeinträchtigungs-Ideen leidenden, gegen die Anstalt protestirenden Geisteskranken, deren Argwohn und Bitterkeit zu wecken grade der Vorbesuch des Anstaltsarztes geeignet ist. G. kann in diesen und andern Dingen nach seiner früheren und jetzigen Stellung keine Erfahrung haben; um so vorsichtiger sollte er mit unbedingten Sopha-Empfehlungen und Behauptungen sein, *im Interesse der*

Kranken und der Asyle, da solche Behauptungen auch Böses stiften können.

Ob ein Fall „zur Aufnahme im Stadtasyl geeignet«, ob diese „dringlich“ sei, kann der Hausarzt bestimmen: warum ihn ausschliessen? Die Psychiatrie soll ja „Theil und Eigenthum aller ärztlichen Kreise werden.“ [1]) Auch die Familie oder sogar die Polizeibehörde kann Bericht erstatten, ohne die ja, nach unsern *noch* bestehenden gesetzlichen Verfügungen, die Aufnahme gar nicht möglich ist. „Die bisherigen Verhältnisse des Kranken sehen, mit den Angehörigen über die Anamnese konferiren“, ist auch gleich *nach* dessen Aufnahme möglich, so dass er selbst, wie es am besten ist, nichts davon erfährt; und die ärztlichen „Anordnungen betreffs des Transportes“ sind so ziemlich überflüssig, bei der Kürze des Weges aus der Stadt an „ihre Peripherie.“

G.'s Andeutung der Assistenz Seitens der Anstalt bei der Unterbringung des Kranken veranlasst mich, ihn bei dieser Gelegenheit in wohlmeinender Absicht an das Werk des in diesen und anderen Dingen erfahreneren Dr. H. Laehr [2]) zu erinnern, aus welchem er grade für seine jetzige Stellung in der Praxis viel profitiren wird. Laehr schrieb sein vortreffliches Buch, allerdings nachdem er nicht „3—6 Jahre Assistent in einer Anstalt“, sondern nur $1\frac{1}{2}$ Jahre und 3—4 Jahre „Lehrjunge“ resp. „Geselle“ gewesen war, bevor er „Meister“ wurde [3]), während G. nur 2 Jahre bloss „Lehrjunge in einer Anstalt“ war und dann nach langer Unterbrechung der psychiatrischen Laufbahn sich gleich an sein praktisches Meisterstück wagte, das nun der „Zunft“ zur Beurtheilung vorliegt.

Die Wachabtheilung, die Beobachtungsstation „muss nach G. die besten und zuverlässigsten Wärter haben und kann gar nicht genug ärztliche Besuche bekommen.“ Hält G. letztere der Wärter oder der Kranken wegen für nöthig? Unter den letzteren, es sind ja akute Kranke, gibt es Viele, die der Arzt *möglichst wenig* besuchen soll, weil Alles, was zu ihrem Auge und Ohr dringt, die cerebrale Affection, die Confusion, die Unruhe, die Angst, die Erbitterung steigert und, hat die Affection sich gemässigt, leicht einen neuen Paroxysmus hervorruft. Wenn

---

[1]) Griesinger, Archiv, 1. Bd., 1. Heft p. 1.

[2]) Ueber Irresein und Irrenanstalten, Halle 1852.

[3]) Streitschrift p. 33.

G. *in* einem Asyle *wohnte* und häufiger und länger, in den verschiedensten Situationen und Zeiten, die Kranken beobachtete, so würde er meiner Erfahrung beitreten, dass im Allgemeinen in akuten Gehirnleiden desto rascher Beruhigung eintritt, je weniger man *in der ersten Zeit* die Patienten stört, besucht, fragt, in ihre Angelegenheiten sich mischt, je mehr man sie allein und sich selbst überlässt — in einem ruhigen Einzelzimmer. Man wird sie darum nicht vernachlässigen, ihren körperlichen Zustand nicht unbeachtet lassen. Aber nicht in *vielen* ärztlichen Visiten liegt ein heilendes Moment, wohl aber in der richtig durchgeführten Seklusion, der häufige Visiten und was drum und dran hängt geradezu widersprechen. Ich verweise auf die obigen Bemerkungen Conolly's.

Aber gewisse Geisteskranke, manche Schwermüthige, Hypochonder, viele Paralytiker, die Suiciden etc. haben Nutzen von öfteren Besuchen und Gesellschaft.

G. sagt [1]), „dass die Einrichtung der Wachabtheilung sich überall bewährt und auch in Berlin aufs Beste functionirt.“ Dass sie sich *bewährt*, muss uns indessen durch *Fakta* bewiesen werden, durch den noch zu liefernden Nachweis ihrer grösseren und rascheren Heilkraft, auf dem Wege des Experimentes und Vergleichs.

Ich habe, da jene Einrichtung nach G. „in den deutschen Anstalten nicht so üblich ist“, mich bei französischen Irrenärzten darüber erkundigt, in der Voraussetzung, *Parchappe*'s Idee werde in Frankreich am meisten bekannt sein. Aus einem Briefe *J. Falret*'s erfahre ich, „dass die Idee der permanenten Wachabtheilung ursprünglich *Esquirol* angehört, der die Suiciden, behufs besserer Ueberwachung, auf derselben Abtheilung vereinigen wollte, dass aber diese Idee allgemein verlassen sei, in Folge des zu fürchtenden üblen Einflusses der Kranken auf einander. *Parchappe* habe *Esquirol*'s Idee aber erweitert und die beständige Ueberwachung in demselben Quartier auf verschiedene Kategorien von Irren, die aus irgend einem Grunde streng zu beaufsichtigen seien, ausgedehnt, um die Kontrole in den andern Abtheilungen zu vereinfachen und sie auf einen bestimmten Punkt zu koncentriren.“ *J. Falret* glaubt, dass *Parchappe*'s Einrichtung in Quatre-Mares und mehreren anderen französischen Asylen

---

1) Streitschrift, p. 5.

auf P.'s Empfehlung benutzt wurde, weiss aber nicht, ob der Erfolg seinen Erwartungen entsprochen hat."

Dr. Dagonet, Chef-Arzt in St. Anne, schreibt mir: „Die Idee der Surveillance continue erscheint mir mehr als eine theoretische, denn praktische; ich würde es für gefährlich halten, in der Nähe der Infirmerie so verschiedene Elemente anzuhäufen, *die auch nur nachtheilig auf einander wirken können*. Er halte es für besser, die verschiedenen Abtheilungen des Asyles gleich gut überwachen zu lassen."

Brierre de Boismont theilt mir mit: „Ich kenne keine permanente Wachabtheilung, als nur die von Parchappe in Quatremares bei Rouen, bestimmt für suicide Irre. Es ist möglich, dass ein oder der andere von Parchappe's Eleven diese Einrichtung nachgemacht hat, aber sie hat keine Ausbreitung gefunden. Ich halte die Vereinigung der suiciden Kranken in derselben Abtheilung für nachtheilig. Die Erfahrung hat gelehrt, dass ihre Trennung das Beste ist. Mehr kann ich Ihnen über diesen Gegenstand nicht sagen; er hat bei uns keine Diskussion hervorgerufen.

Das Placement infirmer Kranker in der Nähe agitirter findet bei uns nicht statt. In allen Asylen, die ich kenne, sind letztere so weit als möglich getrennt, damit sie die andern Kranken nicht stören."

Also die ersten französischen Irrenärzte, keine „Laien" und „Unkundige", sind betreffs der Wachabtheilung *derselben* Ansicht, wie Dr. Laehr, den G. in seiner Streitschrift so übel behandelt.

Nicht zu vergessen! In Meerenberg sind auf der Abtheilung der Unruhigen Schlafsäle mit 4 - 6 Betten, und in unmittelbarer Nähe verschiedene Einzelzimmer, wo in der Nacht gewacht wird. Nach dieser Abtheilung werden Abends diejenigen Kranken gebracht, welche zu bewachen sind. Des Morgens kehren sie in ihre eigene Abtheilung zurück. Die Infirmerie ist von dieser Wachabtheilung getrennt. Diese Einrichtung ist also eine ganz andere, als die des Stadtasyles. Man ist in M. damit sehr zufrieden.

Medizinalrath Dr. Graeser auf dem Eichberg schreibt mir: „Wie sehr verfehlt die proponirte Vereinigung der Infirmerie mit der Wachabtheilung und den Neuaufgenommenen ist, weiss Niemand besser, als wir hier, wo Mängel der ersten Einrichtung und die entsetzliche Ueberfüllung uns eine ähnliche Einrichtung aufgenöthigt haben, aber mit mehr

Zellen, als Griesinger will. Wir leiden alle darunter, die Kranken, die Wärter und Aerzte."

So liesse sich noch Anderes fragen und sagen zu den Vorschlägen G.'s betreffs der Einrichtungen und Verhältnisse des Stadt-Asyles Aber ich resümire: Der Gedanke „Stadtasyl" ist vortrefflich; er ist aber nicht neu, wie mancher Leser obigen Aufsatzes vielleicht glaubt, sondern gehört ganz alter Zeit an. Neu und Eigenthum G.'s sind nur Einzelnheiten in der Ausführung dieses Gedankens, die einfachen Sätzen der Erfahrung widersprechen, deren allgemeine Aufnahme in die psychiatrische Praxis daher zweifelhaft ist.

„An die Einrichtung dieser Art von Anstalten", sagt G. in einem 2. Kapitel, „knüpft sich nun ein anderes grosses Bedürfniss und ein neues mächtiges Interesse, das des psychiatrischen Unterrichts."

Um auch diesen Satz G's richtig zu verstehen, wenden wir uns abermals an die Vergangenheit, die unwiderlegbare, verständliche Lehrerin der Gegenwart. Vielleicht ist auch manchem Leser mit einem Stück Geschichte gedient.

In England begann der klinische Unterricht in der Psychiatrie wahrscheinlich am frühesten, gelangte aber dort nicht zu der Ausdehnung, wie in Frankreich und Deutschland.

Nach Falret [1]) bestand schon 1758 im St. Lukes Hospitale zu London eine psychiatrische Klinik unter Dr. Battie, dessen Beispiele erst 1842 Dr. Sutherland und Monro in demselben Hospitale folgten, wo regelmässige Lehrkurse gehalten wurden. In Bedlam gab A. Morison klinischen Unterricht, und 1842 begann solcher in Hanwell. [2])

In Frankreich hatte schon 1814 Pinel eine kleine Klinik in der Salpêtrière, die auch Falret besuchte. Von 1817—1826 hielt Esquirol ebendaselbst jedes Jahr einen klinischen Kursus, an dem Aerzte aus allen Ländern Theil nahmen. Von 1832—39 versammelte Ferrus viele Zuhörer um sich im Bicêtre und in der Ferme St. Anne, wo jetzt das gleichnamige, ganz neue „Asil clinique" erbaut ist. Von Griesinger [3]) erfahren wir, dass er vor bald 30 Jahren in Montpellier einer

---

1) Malad. mental., Paris, 1864. Capit. „Enseignement clinique" p. 497.

2) Conolly, deutsche Uebersetzung p. 160.

3) Streitschrift, p. 10, Anmerkg.

psychiatrisch-klinischen Stunde von Prof. Rech beiwohnte. Ferner hielten Bottex in Lyon, Leuret im Bicêtre, Baillarger und Falret in der Salpêtrière klinische Kurse; solche bestehen bekanntlich bis in die neuste Zeit unter verschiedenen Irrenärzten.

Auch in Deutschland realisirte sich das Interesse des psychiatrischen Unterrichts schon im Anfange dieses Jahrhunderts. Die 1804 projektirte westfälische Irrenanstalt Marienfelde [1]) war zugleich als klinisches Institut für Studirende der Universität Münster bestimmt, „wodurch diese einen Vorzug vor allen andern Universitäten, ausgenommen Wien, erhalten würde.“ »Der Direktor sollte auch seinen Gehalt als Professor von Seiten der Universität fortbeziehen.“

Wann der also schon 1804 bestehende psychiatrische Unterricht in *Wien* begann, weiss ich nicht.

Nach Roller [2]) machte Reil in seinen Rhapsodien den ersten Vorschlag, Irrenanstalten zu Lehrinstituten zu benutzen. Schon 1803 sprach sich Gottfried Schmidt dahin aus, dass jede gut eingerichtete Universität, wie ihren Lehrer der Botanik und botanischen Garten, so auch ihren Lehrer der Psychiatrie und ihre Irrenanstalt haben solle. Bei Einrichtung der Irrenanstalten als medizinische Institute und psychologische Observatorien fordert er die Mitwirkung des Unterrichts-Ministeriums [3]). Im Jahre 1811 wurde in Leipzig auf den Vorschlag Reil's, der sich auch beklagte, dass noch auf keiner Universität ein Lehrstuhl für theoretische und praktische Psychiatrie errichtet worden, — ein Lehrstuhl der Psychiatrie errichtet, den Heinroth einnahm, gleichzeitig als Arzt der städtischen Irrenanstalt (St. Georgen) zu Leipzig [4]). Schon 1812 wollte man in Sachsen psychiatrische Kliniken einrichten, gleich den medizinischen Kliniken der grossen Hospitäler. Hayner in Waldheim und Pienitz auf dem Sonnenstein sprachen sich dafür aus. Leider wurde die Ausführung des Planes durch die politischen Ereignisse verhindert [5]). Heinroth sprach sich 1818 für den

---

1) Koster und Tigges, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 24. Bd. Supplh.

2) Die Irrenanstalt etc., Karlsruhe 1831 p. 35.

3) Damerow, Ueber die relative Verbindung der Irren- Heil- und Pflege-Anstalten, 1840, p. 220.

4) Roller, l. c.

5) Falret und Roller, l. c.

klinischen Unterricht in der Psychiatrie aus. Im Jahre 1819 brachte Nasse [1]) durch seinen ausführlichen Aufsatz die Frage auf die Tagesordnung. „Anders und besser würde es dagegen sein, wenn die Universitäten zu den ärztlichen Bildungsanstalten, die sie schon jetzt ziemlich allgemein besitzen, auch noch *Kliniken für psychische Krankheiten* erhielten. Die Bestimmung der Universitäten fordert diese Vervollständigung; — so muss auch grade das höchste Geschäft des Arztes, die Kunst, psychische Kranke zu erkennen und zu heilen, auf ihr und nicht ausser ihr gelehrt werden." Nasse behandelte 1822 abermals denselben Gegenstand [2]). Ohne auf die Details hier näher einzugehen, bemerke ich nur, dass Nasse die Gründung kleiner Irrenkliniken an den Universitäten, selbst Polikliniken vorschlug und auch Irre in seine medicinische Klinik aufnahm. Durch Nasse wurde auch Ref. 1847—48 als Student in der Psychiatrie unterrichtet.

Nach Falret [3]) bestand die erste psychiatrische Klinik Deutschlands in der Berliner Charité unter Horn, der bis 1818 daselbst Arzt war. Ihrer erwähnt auch Damerow [4]. Er sagt „dass die Verbindung der Vorträge mit den Umgängen in der Salpêtrière von Esquirol, in der Charité von Neumann, und selbst die beschränkten im Julius-Spital von Müller ihm viel genutzt haben." „Den praktischen Unterricht von Horn habe ich leider nicht mehr geniessen können; wie belehrend und bildend derselbe gewesen, darüber ist kein Zweifel."

Ausser Nasse in Bonn nahmen auch an anderen Universitäten die Direktoren der medizinischen Klinik Geisteskranke in dieser auf, so Autenrieth in Tübingen, J. Frank in Willna, Conradi in Heidelberg, Heusinger in Marburg etc. In der Charité zu Berlin wurde nach Horn die psychiatrische Klinik von Ideler fortgesetzt, seit den 20ger Jahren. Letzterer sagt ähnlich wie Nasse sehr bestimmt, „dass die Erfahrung, welche er in einer Reihe von Semestern gesammelt, alle Zweifel bei ihm vollständig beseitigt habe, welche man *gegen* die Ausführbarkeit einer psychiatrischen Klinik ohne Nachtheil für die Kranken vielfältig erhoben habe. [5])

---

1) Ztschr. f. psychische Aerzte, 1819, 3. Heft. p. 325.

2) Ztschr. f. psych. Aerzte, 1822, 3. Heft p. 172.

3) l. c. p. 512.

4) l. c. p. 212.

5) Grundriss, 2. Th. p. 927.

Für psychiatrischen Unterricht sprach sich 1825 Leupoldt [1]) aus, „man solle desshalb die Asyle in Universitätsstädte verlegen“; 1829 befürwortete auch von Nostiz [2]) entschieden die psychiatrische Klinik. Bekannt ist das Gutachten der medizinischen Fakultät zu Heidelberg zu Gunsten derselben. Im Jahre 1826 war die badische Irrenanstalt Pforzheim nach Heidelberg verlegt worden, wo sie auch für den klinischen Unterricht benutzt werden sollte. Roller sprach sich 1831 gegen den klinischen Unterricht in den gewöhnlichen Irrenanstalten aus, wie nach ihm [3]) Jacobi, ohne dass diese Männer den klinisch-psychiatrischen Unterricht *überhaupt* verwarfen. Im Jahr 1837 sprach sich Heermann für den klnischen Unterricht aus [4]). Im Jahre 1840 erklärte sich Damerow [5]) ganz entschieden *für* den klinischen Unterricht *in* den Irrenanstalten. In seinem bekannten Werke finden wir eine vollständige historisch-kritische Uebersicht dieser Frage. Alle Vorschläge lassen sich auf *drei* reduciren, nämlich:

1) auf irrenärztliche Klinik an Universitäten (Nasse, Autenrieth etc.).
2) auf temporäre Aufnahme junger Aerzte in Irrenanstalten (Roller etc.)
3) auf klinischen Unterricht für dieselben in Irrenanstalten (Reil, Kaysseler, Schmidt, Leupoldt, Nostiz, Gross, Bene, Amelung, Ideler, Schröder v. d. Kolk, Guislain u A.)

Damerow, Anhänger der letzten Ansicht, bezeichnet besonders Flemming's Ausspruch dagegen [6]) als einen „unbegründet harten“ und hält auch die Frage betreffs der Errichtung der Irrenanstalt bei der Universitätsstadt für ganz entschieden; die Vortheile einer solchen Wahl

---

[1]) Ueber Leben und Wirken, und über psychiatrische Klinik in einer Irrenanstalt. Nürnberg, 1825.

[2]) Beschreibung des etc. Sonnensteins etc. Dresden, 1829.

[3]) l. c. p. 34.

[4]) Heidelb. mediz. Annalen Bd. 3. Heft. 3. Heermann's Abhandlung wurde von Fr. Nasse recensirt in der Zeitschrift für die Beurtheilung etc. krankhafter Seelenzustände etc. 1838, 1. Bd. p. 754.

[5]) l. c. p. 191 und ff.

[6]) Griesinger, Streitschrift, p. 11.

des Platzes seien, wenn alle Anforderungen möglichst realisirt werden können, unbedingt und unbestritten.

Gegen das Ende der 30ger Jahre, ich glaube 1838 schon, bestand an der Universität Greifswald unter Berndt eine psychiatr. Klinik in der dortigen mit der medizinischen Klinik verbundenen Irrenanstalt, welche auch Ref. in den Jahren 1846—47 besuchte.

Im Jahre 1845 wies Griesinger in der Vorrede seines Lehrbuchs auf die eventuelle Nothwendigkeit der Errichtung regelmässiger psychiatr. Kliniken hin, jedoch ohne nähere Vorschläge. In der Vorrede zur zweiten Auflage (1861) sagt er, „dass er in Tübingen 10 Jahre lang regelmässige Vorlesungen über Psychiatrie gehalten und in seiner Klinik, so *oft sich Gelegenheit bot*, Fälle psychischer Erkrankung aufgenommen und zum Gegenstand klinischer Demonstration gemacht habe," (wie also vor ihm Autenrieth, Nasse, Conradi u. A.) und er hofft „es werde in Bälde mehr und mehr zur Errichtung regelmässiger psychiatrischer Kliniken kommen.

In Prag begannen 1850 klinische Kurse unter Fischel in der Irren-Anstalt, Vorlesungen und Demonstrationen an Kranken; Ref. wohnte einem solchen Kursus 1852—53 bei und ist Fischel auch dafür sehr dankbar, dass er ihn an den Abend-Visiten Theil nehmen liess.

In Erlangen begann 1856 die psychiatr. Klinik unter Solbrig, der sie in München fortsetzte. [1])

Die Versammlung der deutschen Irrenärzte in Eisenach 1860, in Speyer 1861, ebenso in Frankfurt 1864 sprach sich *einstimmig* für baldigste Einrichtung psychiatrischer Kliniken an den Universitäten aus. Dr. Laehr brachte auf der Versammlung zu Frankfurt eine die psychiatrische Klinik betreffende Vorlage mit dem Resumé:

1) An jeder Universität ist die Errichtung einer psychiatrischen Klinik eine Nothwendigkeit, ohne sie die ärztliche Ausbildung lückenhaft.
2) Der Lehrer der psychiatrischen Klinik muss gleichzeitig Direktor einer den gegenwärtigen Anforderungen entsprechenden Irrenanstalt sein.

---

[1]) Solbrig's Vortrag über psychiatr. klin. Unterricht in Landau, 1861 glaube ich Herrn Griesinger wohl empfehlen zu dürfen; er findet sich in der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 18. Bd. p. 805.

3) Die Irrenanstalt des klinischen Lehrers darf nur 150—200 Kr. umfassen.

4) Der klinische Lehrer muss sich diesem Berufe ungetheilt widmen können und demgemäss entschädigt werden.

5) Der klinische Lehrer muss Mitglied der medizinischen Fakultät, also Prof. ord. sein.

6) Es müssen dem klinischen Lehrer einige Räume in einer der übrigen klin. Lehranstalten behufs des Unterrichts zur Disposition gestellt werden.

7) Der psychiatrische Unterricht muss obligatorischer Lehrgegenstand sein.

8) Der psychiatrische Unterricht kann nur erst Lehrobjekt nach dem Besuche der medizinischen Klinik werden.

Wir haben nun wahrlich genug Citate geliefert zur Würdigung der obigen Behauptung Griesinger's, dass das Interesse des psychiatrischen Unterrichts ein *„neues"* sei. Richtiger wäre es zu sagen, dass dieses Interesse gerade so alt ist, wie die Reform der Psychiatrie selbst und die frühsten Irrenanstalten. *G. widerspricht sich ja auch selbst*, ganz abgesehen von dem, was vor ihm, *vor 1845*, in Deutschland, England und Frankreich betr. psychiatrischer Kliniken geschah und gesprochen wurde. Hat er denn wirklich dieses übersehen? Glaubt er wirklich, wie es scheint, dass *er* 1845, „seit dem Manches geschehen sei", den Impuls gegeben. Ich habe *nie* gehört oder gelesen, dass man in *dieser* Frage, des klinisch-psychiatrischen Unterrichts nämlich, sich auf Griesinger gestützt und berufen habe, wie auf Friedr. Nasse, Damerow u. A. Mit wahrhaft naiver Unkenntniss in der Geschichte der Psychiatrie sagt er [1]) „Ich habe diesen Gedanken (des psychiatrischen Unterrichts an den Universitäten nämlich) nicht von der deutschen Psychiatrie überkommen, sondern diese ist eher meinem Gedanken gefolgt, freilich mehr mit Reden, als mit praktischen Ausführungen." Also Horn und Ideler, G.'s Vorgänger in der Charité, Fr. Nasse, Damerow etc. etc. sind G.'s Nachfolger!! Ganz mit Recht hält ihm auch Löwenhardt [2]) vor: „Statt von „bis zum Ekel" gegen die Klinik vorgebrachten Gründen zu sprechen, wäre es der Wahrheit entsprechend

---

1) Streitschr., p. 11.
2) l. c. p. 315.



gewesen, zu erwähnen, dass die Nothwendigkeit der Klinik anerkannt sei.“ Wenn G. aber *so* spricht, dann darf er sich nicht wundern über die Sprache seiner Recensenten und die bedauerliche Entfremdung so vieler Kollegen. Man kann seine Ansichten aufstellen ohne die Wahrheit zu verletzen. Ref. ist freilich geneigt, diese Verletzung nicht als bewusste, sondern als Folge einer Unbekanntschaft mit der deutschen psychiatrischen Literatur zu betrachten. G. spricht „im guten Glauben“, dass er wirklich in der Frage des klinisch psychiatrischen Unterrichts der Führer der deutschen Psychiatrie sei. Er hat *mich* in so manchen psychiatrischen Dingen belehrt, es sollte mich freuen, wenn ich mich durch obige kurze historische Zusammenstellung ein wenig revangirt hätte.

G. stimmt nun darin mit uns Allen überein, dass das Bedürfniss des psychiatrischen Unterrichts ein grosses ist. Das erkannten schon unsere Lehrer; seine „Versicherungen auf das Bestimmteste“ und sein schliessliches: „Also an der Nützlichkeit und leichten Ausführbarkeit des klinischen Unterrichts kann nicht der geringste Zweifel mehr bestehen“ — sind lange vor ihm gedruckt zu lesen und lange vor ihm auf psychiatrischen Versammlungen wiederholt gehört worden. *Das* hätte G. wissen und sagen sollen, anstatt in seiner Streitschrift durch *einseitiges* Citiren der 2 oder 3 Gegner des klinischen Unterrichts *in den Asylen* (nicht überhaupt) Herrn Dr. Laehr und allen Fachgenossen gegenüber sich so unwissend zu stellen, wo denn auch viele Leser unwissend bleiben. G. gibt endlich wohl zu, dass psychiatrische Versammlungen für Irrenkliniken öffentliche Vota abgegeben etc., dass aber die „lebhaften Bedenken wohlbekannt“ (Weniger, allerdings) und „dass man betreffs der praktischen Ausführung selbst nicht wisse, wie die Sache anzugreifen sei. So noch im Jahre 1860.“ [1])

---

[1]) Uebrigens hat Flemming sich später der Majorität zugewandt. Vergl. in Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1864 Supplementheft p. 49 seinen Aufsatz: *Ueber einige der nächsten Aufgaben der Psychiatrie.* Flemming sagt: „die Ueberzeugung hat Ueberhand genommen, dass die Psychiatrie aus ihrer bisherigen Isolirung heraustreten, dass sie sich wieder enger an die Gesammtwissenschaft der Medizin anschliessen müsse.“ — „Zur Mitarbeit an diesem nützlichen Werke die Tironen der Medizin anzuleiten und zu befähigen wird die nächste Aufgabe der Psychiatrie sein, deren Lösung durch die Errich-

Ich verweise ihn, statt auf mehre Autoren, Nasse, Ideler, Ferrus etc. auf den einen Damerow, der schon 1840, 20 Jahre also vor 1860, die „Bedenken“ gegen die psychiatrische Klinik beseitigte und praktische Vorschläge für ihre Ausführung machte. Ich bitte den Leser in Damerow's citirtem Werke das lange Kapitel p. 191—229 zu lesen: Alles das hat Damerow 28 Jahre vor Griesinger's Archiv gesagt. G. aber hat Dam. zuerst verhöhnt, zum zweiten Male in's Prokrustes-Bett geschnallt, zum dritten Male schweigt er von ihm und seiner Priorität, während er ihn das vierte Mal zu *seinen* Gunsten gegen Laehr citirt. [1]) Das ist unbillig. Damerow ist zwar todt, aber wir wissen doch, was er geschrieben und in Versammlungen auch gesprochen hat. Bei solchen Versammlungen habe ich G. allerdings nicht gesehen; er kann es also möglicher Weise nicht wissen.

Ob Damerow's u. A. gedruckte Sätze betreffs der Ausführung der psychiatrischen Klinik gut und annehmbar sind, ist eine *andere* Frage. „Ueber das Wie? der Ausführung, sagt G. selbst, mussten allerdings erst Erfahrungen gemacht werden.“ Der Modus wird nach verschiedenen Verhältnissen nicht überall gleich und kann auch unbeschadet der Sache verschieden sein. G. behauptet „dass eine ganz kurze Zeit genügen wird, *seinen* Sätzen, die er p. 21 des Archives formulirt, durch die Erfahrung die volle Geltung zu verschaffen. Nun *dieselben* Sätze finden sich auch schon bei Nasse (1819 und 1822), Damerow (1860), Leupoldt (1825) etc. Man vergleiche nur, um mich der Anführung vieler Sätze zu überheben, die citirten Schriften.

Nur Schröder v. d. Kolk will ich wörtlich citiren:

„Ideo maxime exoptamus, ut gyrgatum sit *in vicinia urbis et facultatis medicae etc.* Quare nosocomia instituantur imprimis in urbibus, *ubi sunt Academiae.* Tum demum erit data facultas praeceptoribus cum maximo fructu docendi, discipulis autem discendi.“

Schröder v. d. Kolk, in seiner akademischen Rede zu Utrecht, 1837. (Damerow, l. c. p. 223.)

---

tung psychiatrischer Lehrstühle an den Hochschulen und durch die Verbindung derselben mit Irrenanstalten erleichtert werden soll — daraus folgt erstens: dass für die zum klinischen Unterricht benutzten Irrenanstalten vorzugsweise frische Fälle nöthig sind.« G. konnte sich also überzeugen, dass er 1868 dasselbe will, was Flemming 1864 wollte.

[1]) Streitschrift, p. 11, 12.



Da haben wir das klinische Stadtasyl schon 1837 auch in Holland.

G. formulirt also keine neuen Sätze; Jeder, der seine Auseinandersetzungen im Archive an der Hand der Geschichte der Psychiatrie ruhig prüft, wird sich noch näher überzeugen. Aber seine gewandte und stylistisch schöne Schreibweise bringt dem Unkundigen scheinbar etwas Neues, zumal sie frei ist von Citaten.

Besteht nun nicht in originellen Vorschlägen G.'s Verdienst, so ist es doch ein fast ebenso grosses, dass auch er zur Realisirung guter alter Ideen mit aller Kraft und darum, bei seinem Ansehen, wahrscheinlich mit Erfolg auffordert. Nur muss man sich wundern, dass durch ihn seit 1845, von wann seine angebliche Führerschaft in der klinischen Frage datirt, noch so wenig zu Stande gebracht ist. Jedenfalls sind da Verhältnisse Schuld, die *ausser* seinem, wie dem Bereich der Irrenärzte überhaupt liegen. Hoffentlich werden nun aber bald an allen Universitäten klinische Stadtasyle sein, wie es schon seit 1803 gewünscht wurde.

An die *Stadtasyle* knüpft sich nun nach G. das grosse Bedürfniss und das neue mächtige Interesse des psychiatrischen Unterrichts. Selbstredend kann nur in Universitätsstädten das Asyl ein klinisches, in den anderen wird es ein einfaches sein. Wir haben demnach 2 Arten von Stadtasylen, und da rathe ich, das einfache nicht *in* der Stadt, nicht an ihrer *Peripherie*, sondern in einer Entfernung von den Thoren der Stadt zu bauen, die, ohne Störung der bequemen Kommunikation, die grossen Vortheile der Ruhe und Stille, des Schutzes vor der „Ueberfluthung" und den nachtheiligen Einflüssen der Stadt, der besseren, reineren Luft, des billigeren Areals — und der grösseren Sicherheit vor Einengung durch die wachsende Stadt bietet.

„Ist das Stadtasyl so gross, dass der Arzt nicht der Privatpraxis nachgehen kann, so *muss* er auch darin wohnen. Das hindert ihn nicht, städtischen Kranken im Asyle oder in ihren Wohnungen Rath zu ertheilen, mit ihren Hausärzten zu konsultiren.

Wenn „an der Benutzung des Stadtasyls auch umgebende Landgemeinden Theil nehmen" — so ist um so mehr „Land- und Feldbau" zu treiben, denn wenn „die wirklichen Heilungen in den Irrenanstalten in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle „in den ersten 6—9 Monaten zu Stande kommen", wenn die Kranken „etwa höchstens 1 Jahr, in ganz besonderen Ausnahmefällen 1½ Jahre an diesem Orte verweilen"*) — so

*) Archiv, 1. Bd. 1. Heft, p. 15.

muss ihnen *bei so langem Aufenthalte* auch die ihren *Gewohnheiten* entsprechende Beschäftigung verschafft werden. Aus *demselben* Grunde ist für die Städter durch Arbeits- und Werkstätten zu sorgen, durch verschiedene Mittel zur Zerstreuung und Erheiterung, um das verderbliche müssige Herumlungern zu verhüten, welches den ganzen Charakter eines Asyles verschlechtert.

Kleinere Stadtasyle, so kleine, dass sie auch Abtheilungen anderer Krankenhäuser sein können, müssen natürlich von den Aerzten dieser bedient werden. Aber Stadtasyle, die auf eigenen Füssen stehen können, sind besser nicht Abtheilungen anderer Krankenhäuser; die Verbindung mit ihnen hat *keinen* Vortheil, aber verschiedene Nachtheile; sie wäre daher nur durch Nothbehelf gerechtfertigt.

Betreffs der *klinischen* Stadtasyle fragt es sich: soll die Heilung resp. Besserung der Kranken *oder* der psychiatrische Unterricht der Hauptzweck sein? Nicht der Staat, nicht die Stadt, nicht der kinische Lehrer, nicht die Klinicisten — Niemand wird verlangen, dass das Wohl der Kranken ferner liegenden Interessen geopfert wird. Für das *Asyl* ist es besser, wenn der Oberarzt, der den klinischen Unterricht leitet, *in ihm* wohnt; es ist auch besser für letzteren; wenigstens müsste der ausserhalb des Asyles wohnende Kliniker mehr als *einen* täglichen Besuch und eine Abendvisite machen. Solche Besuche verschaffen ihm nicht die für eine instruktive Demonstration erforderliche intime Kenntniss der klinischen Fälle. Daher wäre ein „tüchtiger" Assistenzarzt, der *im* Stadtasyl wohnt, den Oberarzt zu ersetzen vollständig fähig.

Wie wir von Löwenhardt [1]) erfahren, hat Damerow dem ersten Hilfsarzte stets erlaubt, klinische Vorträge über Psychiatrie zu halten. Dass Griesinger es seinem ersten Hilfsarzte, Herrn Dr. Westphal, nicht gestattete, darüber hat sich die ganze „Zunft" um so mehr gewundert, als sie Herrn Dr. Westphal wohl die Fähigkeiten eines klinischen Lehrers zutraute. So fehlte in Berlin im Winter der psychiatrische klinische Unterricht, bei G.'s hohem Interesse für diesen!!

Nach dieser kleinen Abschweifung fragen wir uns also: *wie* unterscheiden sich denn die Stadtasyle G.'s von den bisherigen Heilanstalten?

---

1) l c. p. 316.

Ihre *Bestimmung* ist dieselbe: für einen transitorischen Aufenthalt der Kranken; ein jahrelanges Verbleiben ungeheilter Irren in den Heilanstalten ist Ausnahme und nicht Princip. — Der *Charakter* ihrer Kranken ist derselbe: akute Zustände; Pflegekranke sind dort wie hier ausgeschlossen, aber in *beiden* werden auch Kranke aufgenommen, die nicht heilbar sind.

Aber ihre Lage und praktischen Einrichtungen sind verschieden. Die Lage des Stadtasyls *in* der Stadt, an ihrer Peripherie, die Anhäufung total verschiedener Geisteskranker auf *einer* Abtheilung, der Mangel an Gärten und freien Höfen, an Mitteln zur Arbeit und Zerstreuung, das Haus ohne beständigen Oberarzt und in etwaiger Verbindung mit einem andern Krankenhause sind „praktische Einrichtungen," welche an die schlechten Asyle früherer Zeit erinnern. Also das Neue in G.'s Reform ist alt, und ich kann, nach sorgsamer Prüfung seiner Vorschläge, den Titel der Broschüre Laehr's: „Fortschritt? — Rückschritt!" mit bestem Gewissen unterschreiben.

Die psychiatrische Klinik ist ein Fortschritt, an dem G. participirt; er *folgte* darin der deutschen Psychiatrie, den Ideen seit Beginn dieses Jahrhunderts und seinen Kollegen Nasse, Horn, Ideler, Damerow, Solbrig etc.

G. verwirft den Satz der heutigen deutschen Psychiatrie, „dass für Geisteskranke immer nur ganz eigene und eigenthümliche Anstalten zweckmässig und erforderlich seien". *So* ist nun zwar der Satz nicht, aber G. macht ihn faktisch zu seinem Satze. Denn in der That sein Stadtasyl ist doch auch eine „eigne und eigenthümliche" Anstalt, weil von einem „gewöhnlichen Privathause" und von einem andern Krankenhause durch positive *und* negative Seiten, durch beide auch von einer *guten* Heilanstalt sehr weit unterschieden. Es ist nicht ein Asyl der heutigen, sondern der alten deutschen Psychiatrie, namentlich ein Asyl, das bei dem Mangel wichtiger Substitute der instrumentalen Zwangsmittel *in grosser Gefahr steht*, eine Restraint-Anstalt ersten Ranges zu werden, wie solche in der heutigen Psychiatrie nicht mehr existirt.

(Schluss folgt)

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 8. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn $^{a}/_{N}$.

Inhalt. Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland von Griesinger, Archiv, 1, p. 8. (Schluss.) Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren. Zur Uebersicht über Ab- und Zugang in der Provinzial-Irrenanstalt Marsberg im Jahre 1867.

Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland

von Griesinger, Archiv, 1, p. 8.

Analyse von Dr. Brosius.

(Schluss.)

Wir geben gern zu, dass es in manchen Fällen ganz gleichgültig ist, ob man einen Kranken auf die „Irrenabtheilung" oder auf die „Nervenkranken-Abtheilung eines Hospitals verlegt. Nur wird man „bloss Nervenkranke" gesetzlich nicht in's Irrenhaus bringen dürfen. Ebenso bejahe ich mit G. die Frage, ob nicht auch gewisse Geisteskranke in gewöhnlichen Hospitälern, nicht bloss transitorisch und etwa noch in dringenden Nothfällen, sondern dauernd verpflegt werden können. Das ist seit jeher überall geschehen. Es kommt ja eben ganz darauf an, *wie* der Zustand des betreffenden Patienten, und *wie* die Verhältnisse des Hospitals sind. Es gibt Geisteskranke, die überall untergebracht und verpflegt werden können, und selbst akute Fälle heilen unter den verschiedensten äussern Verhältnissen. Ob die Irren aber im Allgemeinen in gewöhnlichen Hospitälern *besser* verpflegt werden, als

in eigenen Anstalten, das ist eine Frage, die G. doch selbst nicht zu Gunsten der ersteren beantwortet. Sonst wäre ja das Stadtasyl eine Illusion!

Neben den Stadtasylen, neben den gewöhnlichen Hospitälern hält G. die modernen Irrenanstalten, zu denen also die Stadtasyle nicht gehören, nicht für entbehrlich. In sie gehören „eine grosse Menge von chronisch Kranken, mit Krankheitsresiduen behafteten, sog. Verrückte, leicht Schwachsinnige, an häufig wiederkehrenden periodischen oder an cirkulären Störungen, an Moral insanity leidende, körperlich rüstige Menschen."

Darunter sind ja aber auch Fälle, die für's Stadtasyl passen. Wohin sollen sie nun? Periodische und cirkuläre Störungen, obgleich chronisch und meistens auch unheilbar, können doch nach der akuten Exacerbation oft wieder aus dem Asyle entlassen werden, ebenso wie „Verrückte oder leicht Schwachsinnige", von denen G. in einer Anmerkung sagt, dass sie für die Zeit ihrer Erregung ins Stadtasyl, für die Zeit ihrer Ruhe nach Hause gehören. Die vielgestaltige „Moral Insanity" — ein bequemes Wort bei Masquirung der intellektuellen Störung — die Moral Insanity, welche G. als chronische Form in die moderne Irrenanstalt verweist, ist doch offenbar häufig ganz akuter Natur, eine frische Gehirnaffection mit formaler Störung des Denkens oder latenten Wahnideen, das Anfangsstadium deutlicheren Irreseins; namentlich die Moral Insanity mit hysterischem, mit maniakalischem Charakter, oder mit alkoholischer Erregung, Verdacht der Paralyse — wo nicht selten „grosse Verlegenheiten und Störungen in den Familien" entstehen, „die augenblickliche Abhilfe verlangen" — würde doch recht eigentlich ins Stadtasyl gehören. Aber ich bedaure es nicht, wenn alle diese Fälle nicht dahin, sondern in die moderne Irrenanstalt kommen, wo sie zunächst die ihnen so wohlthätige Ruhe und Isolirung, in der Remission aber die ihnen ebenso wohlthätige Beschäftigung und Zerstreung besser finden, als im Stadtasyl.

Von den *chronisch* Kranken nun bedürfen nach G. „alle gefährlichen, alle sehr störenden, chronisch turbulenten, alle social überhaupt gar nicht mehr brauchbaren Geisteskranken anhaltender Bewahrung in einer geschlossenen Irrenanstalt. Mit letzterer soll aber eine „freie Verpflegungsform" verbunden sein, eine Ackerbau- oder eine familiale Kolonie oder beide zugleich „je nach den Umständen". Die „freie Ver-

pflegungsform", welche mit der geschlossenen Anstalt ein *Ganzes:* „die Irrenanstalt für chronische Kranke in ihrer den heutigen Anforderungen entsprechenden Entwicklung" bildet, ist bestimmt für chronisch Kranke, die eines „grösseren Maasses von Freiheit fähig sind", für „jene Besseren, die nicht unter den Schlimmsten leiden sollen". Diese Irrenanstalt soll auf dem Lande liegen und einen wesentlich ländlichen Charakter tragen, ohne dass jedoch eine ländliche *Abgeschiedenheit* absolut nöthig ist. Im Gegensatz zur Anstalt für akute Zustände, zum Stadt-Asyl, nennt G. die Irrenanstalt für chronische Fälle „ländliches Asyl". „Eine wohlorganisirte mannigfaltige Arbeit ist eine seiner Grundlagen"; „Müssiggang ist für den noch rüstigen Irren das Geisteszerstörendste was es gibt"; „alle Bewohner des Asyls müssen arbeiten". „Sieche, gar nicht mehr Arbeitsfähige gehören nicht in diese Anstalt, sondern ins Verpflegungshaus".

„Der „geschlossene" Theil des Asyles darf niemals ein Gefängniss werden; es muss in angenehmer Gegend, in einem schattigen Parke liegen, Mittel zur Zerstreuung und Erheiterung der Kranken haben, behaglich, jedoch nicht luxuriös eingerichtet sein. „Tobabtheilungen" passen auch hier nicht, dagegen kleine Einzel-Wohnzimmer und viele Einzel-Schlafzimmer; Hallen- und Verbindungs-Säulengänge sind reine Thorheiten etc." Neuere englische Anstalten könnten als Muster dienen.

„Für die „freiere Verpflegungsform", den zweiten Hauptbestandtheil des ländlichen Asyles, bieten sich viel weniger kopirbare Muster dar, als für den geschlossenen Theil". „Für die Form der agrikolen Kolonie haben wir an der Ferme von Fitz-James bis jetzt das schönste Beispiel", „für die familiale Verpflegung an dem unvergleichlichen Dorfe von Gheel ein Vorbild."

Dies ist in Kurzem der Plan G.'s betreffs der Fürsorge für die *chronisch* Geisteskranken; er will Einrichtungen, „welche dem geeigneten Kranken eine freiere Bewegung, eine bessere Erhaltung seiner Individualität, welche ihm möglichst die Wohlthat des Lebens unter Gesunden bieten."

So sehr Ref. sich freut, in diesem Punkte bei G. eine Uebereinstimmung mit seinen eignen, früher und schon mehrmals, öffentlich und privatim, ausgesprochenen Ansichten zu finden, ebenso sehr bedauert er es, dass G. bei der Entwicklung seiner Vorschläge von z. Theil ganz unrichtigen Voraussetzungen ausgeht und abermals eine grosse Unkennt-

niss, wenigstens Verschwiegenheit betreffs *deutscher* Bestrebungen und Leistungen verräth.

Sein folgender Satz: „Weil eine gewisse Anzahl Geisteskranker ihrer Umgebung gefährlich werden kann, behandelt man eine grosse Menge derselben, wie wenn sie gefährlich wären; weil eine gewisse Anzahl keiner Freiheit sich mehr erfreuen kann, macht man die Freiheits-Entziehung zur allgemeinen Regel“ — ist durchaus unwahr, durchaus ungerecht gegen die Direktoren deutscher Asyle, ein Unrecht gegenüber dem Publiuum, das in seinen Vorurtheilen gegen Anstalten bestärkt wird, daher auch ein grosses Unrecht gegen die Geisteskranken. Das Unrecht G.'s ist hoffentlich ein unbewusstes; er kennt wahrscheinlich zu wenig die Anstalten seines Vaterlandes. Ich verweise ihn daher zunächst nach dem ihm sehr nahen *Zehlendorf,* wo in dem „geschlossenen Theile“ des Asyls ein möglichst familiäres und freies, behagliches Leben herrscht, und wo seit mehr als 12 Jahren Geisteskranke in den Familien des Dorfes, manchmal ein Dutzend zur selben Zeit, behandelt werden. Ich verweise G. ferner nach den grösseren Anstalten *Werneck*, *Illenau*, *Klingenmünster*, *Hildesheim*, *Rosegg* etc. etc., wo er sich überzeugen kann, dass man die Freiheits-Entziehung zur allgemeinen Regel *nicht* macht. In der Geschichte des alten *Marsberg* [1]) wird er finden, dass dort bei Ueberfüllung Kranke bei den Familien des Ortes untergebracht wurden, und dass nach dem Vorgange des *Sonnenstein* im Winter die Irren bei den Ackerbürgern sich beschäftigen. So werden ihm die Direktoren *aller* grossen Anstalten die Unrichtigkeit seines Satzes beweisen können, und ich hoffe, er wird ihn zurücknehmen. Wie viele hätten gern, lange bevor G. seinen „Reform-Aufsatz“ schrieb, ihre überfüllten Asyle von den grösserer Freiheit fähigen Irren befreit, wenn sie es gekonnt hätten. Ich in meinen besonderen Verhältnissen konnte es und that es. Lese G. nur das Wenige, was ich vor ihm über die familiale Behandlung der Irren sagen konnte, aus persönlicher Erfahrung, die er nicht in dieser Weise besitzt — und er wird auch dann finden, dass er sich in der Literatur, wie in unsern Asylen besser hätte umsehen müssen. Ich wiederhole hier kurz, dass ich seit 1856 Geisteskranhe in meiner Familie behandle, dass bis zum Jahre 1863 mein Asyl ein familiales

---

[1]) Koster und Tigges, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 24. Bd. Supplh.

war, in dem alle Geisteskranken mit mir und meiner Familie unter *einem* Dache lebten, zwischen und unter meinen Kindern, bei demselben Dienstpersonal, auch die geeigneten an demselben Tische mit uns sassen, Ausflüge und Reisen mit uns machten, Concerte, Theater, Gesellschaften und Kaffeehäuser besuchten, und dass alle jede nur mögliche Freiheit genossen, so weit, dass mir selbst die Königl. Regierung *Beschränkungen* gebot. Seit 1863 bewohnt meine Familie ein dem Asyle nahe gelegenes Landhaus, in welchem auch Geisteskranke Aufnahme finden und mit der Familie leben. Ausserdem werden sowohl in Bendorf als in Sayn Geisteskranke in verschiedenen Privathäusern untergebracht, und so habe ich hier seit 1863 den Anfang einer Kolonie gemacht. G. kann sich also von der Unrichtigkeit seines Satzes hinlänglich überzeugen. Die Schriften älterer Psychiater belehren ihn ja auch, dass man die „geschlossene" Irrenanstalt nicht als den einzigen Modus der Irren-Verpflegung betrachtet, und dass seine Vorschläge längst von Andern gemacht wurden, was er in seinem Aufsatze nicht sagt. Ich verweise die Leser auf Roller[1]), namentlich auf Damerow[2]). Letzterer sagt wörtlich:

„Es gibt in allen grossen Irrenanstalten eine bestimmte Kategorie von Krankheitszuständen und Stadien, die in solchen Irren-Kolonien nicht so wohl gleich gut, sondern vielmehr *besser* untergebracht sind." — „Mit den jetzigen öffentlichen Irren-Heil- und Pflege-Anstalten ist für die Zukunft allerdings nicht mehr aus- und durchzukommen. Ausser diesen bedürfen wir unerlässlich zunächst Irren-*Siechen*-Anstalten. Sodann müssen *Irren-Colonien,* wie gesagt, aus den Irren-Pflege-Anstalten abgezweigt werden und von kleinen Anfängen sich weiter entwickeln."

Man lese den 1861 geschriebenen Aufsatz Damerow's: „Ein Blick über die Lage von Irrenanstaltsfragen der Gegenwart", und man findet, dass G. im Jahre 1868 nichts Neues hinzugefügt, und doch macht seine Schreibweise den Eindruck, als halte er sich für einen Reformator des deutschen Irrenwesens; thatsächlich hat er in keiner der grossen Fragen der Gegenwart (zwangslose Behandlung der Irren, Irren-Kolonien, psychiatrische Klinik, Irren-Gesetzgebung) die Initiative ergriffen oder nur irgend eine wesentliche neue Bemerkung gemacht. *Das* zu betonen

---

1) Allg. Ztschr. für Psychiatrie, 1858, p. 412.

2) ibidem, 1862, p. 143.



halten wir für eine kollegialische Pflicht gegen verdiente Männer, welche G. ignorirt.

So hat er auch der agrikolen Kolonie *Einum* bei Hildesheim und der Urtheile ihres Direktors Herrn Medizinal-Rathes Dr. Snell mit keiner Silbe erwähnt. Letzterer spricht [1]) von „der allmäligen Umwandlung des Irrenwesens und der Organisation der Anstalten etc." Er weist hin auf „die ausgedehnte Beschäftigung der Kranken mit Ackerbau in *Bicêtre* und in *Clermont* so wie in der Anstalt zu *Leymes*, in ihren Resultaten wohl geeignet auch anderwärts zu etwas kühneren Versuchen mit Ackerbau-Colonien für Irre aufzumuntern." „Am 1. April d. J. (1864) ist die Kolonie zu Einum eröffnet worden." Er rühmt den günstigen Einfluss der Kolonie auf das körperliche und geistige Befinden der Irren und sagt schliesslich: „Es scheinen mir derartige Einrichtungen nicht ohne Zukunft für die Entwicklung der praktischen Psychiatrie zu sein und es wäre zu wünschen, dass auch in andern deutschen Ländern ähnliche Versuche gemacht würden." So finden wir überall, dass G. in der That nur vorschlägt, was *Andere* schon vorschlugen oder ausführten.

Die Urtheile nun über die möglichen und schon wirklichen weiteren Veränderungen und Erweiterungen der Fürsorge für die Irren, namentlich über Irren-Kolonien, lauten verschieden. Ihr innerer Werth ist noch lange nicht allgemein so weit anerkannt, ihr Vorzug vor den verbesserten Anstalten noch nicht so unzweifelhaft, dass der Staat oder die Stände ohne Weiteres zu ihrer Einführung schreiten können.

Betrachtet man sich die agrikolen Kolonien, wie Fitz James, Einum, so sind es doch immer nur Filialen und Sukkursalen von Anstalten, entfernt gelegene Abtheilungen derselben, durchaus nicht *wesentlich* von Asylen verschieden, Abtheilungen für ruhigere, arbeitsfähige Kranke, die zwar grössere Freiheit, aber nur bedingungsweise geniessen, die stets mit dem übrigen Theile des Asyles in Verbindung bleiben und in diese wenn nöthig zurückversetzt werden. „Jeder Kolonist in Fitz James, dessen Zustand eine konsequente ärztliche Behandlung und eine besondere Ueberwachung erfordert, wird sogleich ins Asyl nach Clermont zurückgeschickt [1]). So geschicht's auch in den familialen Kolo-

---

[1]) Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 1864, Supplementheft p. 46.

nien. In Gheel wurde endlich im Jahre 1861 eine „geschlossene“ Irrenanstalt gegründet, die von verschiedenen Irrenärzten, schon von Esquirol, für nöthig befunden worden war, um das Loos der dortigen Irren zu verbessern, Aber auch die Kranken in der Kolonie geniessen durchaus nicht *die* Freiheit, welche in dem schönen Worte „Asyl familial“ zu liegen scheint. Nur keine Illusionen! Es bleibt doch immer eine Anstalt, und nach Dem, was ich dort gesehen, kann ich nur wiederholen, dass, obgleich die Kolonisten es vielfach besser haben, vielfach doch auch die Kranken guter Irrenanstalten es besser haben. [2]) Der guten Anstalten! aber der schlechten? Nun mich dünkt, schlechte Anstalten lassen sich leichter verbessern, als neue Gheel's schaffen.

Ich bekenne mich gern als Anhänger der familialen Methode der Irrenpflege; ich habe einen kleinen Anfang mit einer Irrenkolonie gemacht, aber wer ihn macht, der wird sich mit mir bald überzeugen, dass an die grössere Freiheit der Irren sich auch grössere Gefahren für sie knüpfen, die nothwendig wieder eine grössere Kontrole, anstaltsartige Vorkehrungen und Massregeln, bis zur Rückversetzung ins Asyl, *fordern*. So sind denn auch, genau betrachtet, die Familienwohnungen in Gheel nichts anders als kleine Asyle, in denen wahrlich nicht mal immer *die* Freiheit existirt, welche wir in gut geleiteten „geschlossenen“ Anstalten finden.

G. hob und hebt aber das Gemüthliche des familialen Lebens der Irren hervor. [3]) Ganz recht! auch ich war in Gheel Zeuge von „jedem *Menschen* zum Herzen sprechenden Scenen“, aber, leider, auch von gegentheiligen, die jeden Unpartheiischen sagen lassen, die Kranken in der Anstalt sind besser daran. Und — erlebt man denn nicht dieselben gemüthlichen Scenen in den Anstalten? Man braucht nur in ihnen leben, um sie zu erleben. Dergleichen Dinge entscheiden nicht. Die Irren, wo sie auch sind, sind immer unter anderen Menschen, hier unter guten, dort unter schlechten. So wird's vorerst noch bleiben. Was soll ich oft Gesagtes wiederholen! „Gheel steht noch immer auf der Tages-

---

[1]) G. Labitte, De la Colonie de Fitz James, p. 11. Paris, J. B. Ballière et Fils. 1861.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1865, 4. Heft. Ueber die Irrenkolonie Gheel.

[3]) Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 22, Heft 4. Streitschrift, p. 26, 27.



ordnung. [1]) Ich bin der Ansicht, man kann es nachahmen, dadurch die „geschlossenen" Anstalten und so das Loos vieler Irren *verbessern*, aber so lange der Charakter der psychischen Gehirnleiden und manches Andere in der Welt sich nicht wesentlich ändert — werden die Asyle der Kern und Mittelpunkt der öffentlichen Fürsorge für die Irren bleiben, wird die familiale Behandlung der Irren nicht die praktische Psychiatrie beherrschen.

Mit Recht will G. daher seine „freien" resp. „freieren" Verpflegungsformen nur in Verbindung mit den „geschlossenen" Irrenanstalten; somit stimmt er mit denen, die schon vor ihm die Kolonien empfahlen, und mit den faktisch bestehenden Verhältnissen überein; er will die Anstalten nicht „zerstören". Im Grunde ist er ganz einig mit allen humanen Anstaltsdirektoren, die *ohne* Kolonien doch allen Irren möglichst grosse Freiheit geben, in und ausserhalb des Hauses.

Ich von meinem Standpunkte freue mich sehr, dass G. die grössere Freiheit der Irren so dringend fordert, und begrüsse mit anderen „Gesinnungsgenossen" den neuen energischen Bundesgenossen. Möchte er die uns fehlende Macht besitzen, die Schwierigkeiten rasch zu beseitigen, welche der allgemeinen Einführung der freien Verpflegungsformen entgegenstehen. Ich befürchte aber, die Gegenwart wird trotz unseres guten Willens die Vergangenheit nicht überflügeln, und wahrscheinlich wird die praktische Psychiatrie in dem Geleise der ruhigen, allmäligen Entwicklung und Verbesserung, in dem sie schon seit vielen Decennien gewandelt, durch reformatorische Peitschenhiebe nicht in Galopp gesetzt werden. Ueberall stehen Barrikaden, die sich nicht erstürmen, sondern nur langsam wegräumen lassen. So zuerst auf dem Wege zum Non-Restraint. Als ich seit dem Jahre 1860 nach der Uebersetzung Conolly's meine näheren Freunde, die sich dessen erinnern, auch privatim zu Versuchen mit der zwangslosen Behandlung ermunterte, konnten sie, durch die Verhältnisse ihrer grossen Asyle gehemmt, nur langsam in diesen Versuchen vorgehen, gerade wie in England selbst das zwang-

---

[1]) Den so beginnenden Vortrag Dr. Cramers in der Sitzung des schweizerischen psychiatrischen Vereins im September 1867 bringen wir in der nächsten Nummer. Dr. C. führte mit unter den Ersten das N. Restr. System ein und ist ein Freund der Freiheit der Irren. Sein Urtheil ist daher um so wichtiger.

lose System nur allmälig sich befestigte. G. hat in der Königl. Charité zu Berlin dieselbe Erfahrung gemacht, wo, was mir ganz natürlich erscheint, die instrumentalen Zwangsmittel auch heute noch nicht beseitigt sind, ja häufiger in Anwendung kommen, als G. es will. So geht's an andern Orten auch, auch in andern Fragen. Das Asyl clinique in Paris ist lange fertig; seit Mai v. J. eröffnet war es im Herbste schon mit Kranken angefüllt. Aber der klinische Unterricht, für den es bestimmt ist, hat, wie ich von Dagonet kürzlich erfahre, heute noch nicht begonnen, in Folge besonderer Schwierigkeiten, und wird wahrscheinlich erst im nächsten Jahre beginnen.

Obgleich von Frankreich aus schöne Resultate betreffs agrikoler Kolonien (St. Anne, Fitz James) berichtet wurden, obgleich Snell nach der Gründung von Einum 1864 öffentlich zu Nachahmungen in Deutschland ermunterte — G. weiss doch 1868 noch nicht von solchen zu berichten. Das liegt nicht an den Irrenärzten, die, soviel ich weiss, keine Gegner der Ackerbau-Colonien sind, sondern in lokalen Verhältnissen, in der Abhängigkeit der Asyle von öffentlichen Behörden, von Geldfragen etc.

Fitz James, „bis jetzt das schönste Beispiel und Vorbild" [1]) der agrikolen Kolonie, ist die Sukkursale einer *Privat*-Anstalt. Privat-Irrenärzte sind in ihren Dispositionen viel unabhängiger, denn die Direktoren öffentlicher Anstalten. Das zeigt sich auch betreffs der Einführung der familialen Verpflegung, die in *Zehlendorf*, unter Dr. Laehr, schon seit 12 Jahren besteht, ferner in *Bendorf* neben beiden Anstalten seit mehren Jahren, in beschränkterer Weise auch in *Endenich* In Zehlendorf sind manchmal 12 Kranke gleichzeitig bei verschiedenen Familien untergebracht. Der Gründung grosser familialen Kolonien stehen selbstverständlich ungeheure Schwierigkeiten entgegen. Viele öffentliche Anstalten liegen so, dass nur auf dem von Mundy angegebenen Wege bei ihnen der Anfang mit familialer Verpflegung gemacht werden könnte, und glaube ich, dass wenn das *Geld* dazu bewilligt wird, wenn sich

---

[1]) Clermont und Fitz James nehmen übrigens auch *frische* Fälle auf. Dr. Labitte rühmt den grossen Einfluss der Feldarbeit auf *heilbare* Irre und Convalescenten. Das wollen die Gründer von Stadt-Asylen nicht vergessen. Die Ackerbau-Colonie braucht also nicht nothwendig *nur* für chronische Fälle zu sein, wie G. will.



geeignete Pfleger finden, die Sache sich ausführen lässt. Nur denke man nicht an Mundy's „Maison modèle." In einer Korrespondenz *„aus dem Königreich Sachsen"* lesen wir: „dass das Landes-Medic.-Kollegium (mündlichen Auslassungen Griesinger's selbst folgend) die familiale Pflege vorläufig noch aufgeschoben lässt, wegen der Schwierigkeiten, welche sie bei dem noch nicht dazu erzogenen Publikum finden würde". [1]) In Marsberg führte die Ueberfüllung *zweimal* zur familialen Verpflegung, und diese scheint mir dort, so weit ich die Verhältnisse kenne, ganz gut permanent durchgeführt werden zu können. Dr. Koster ist auch durchaus nicht dagegen, sondern hat die offizielle Einführung der familialen Verpflegung beim Landtage beantragt.

„In Devonshire County-Asylum ist, wie G. berichtet, von Bucknill ein vollkommen gelungener Versuch im Kleinen gemacht"; merkwürdiger Weise ist aber nach G. „die Sache dort wieder aufgegeben" und von ihren Gründern „verläugnet" worden. Die Gründer müssen also ungünstige Erfahrungen gemacht haben. So wird die Frage der Irrenkolonien noch lange auf der Tagesordnung stehen.

Ueberblicken wir also die Abhandlung G.'s, so finden wir in ihr nichts Neues, ausser der *Einrichtung* des Stadtasyls. Der Werth dieser, a priori sehr zweifelhaft, wird sich a posteriori wohl nicht beweisen lassen, denn ich glaube nicht, dass man irgendwo ein Stadtasyl im Sinne G.'s errichten wird. Seine übrigen Vorschläge sind längst vor ihm gemacht und waren zum Theil schon ausgeführt. Es bleibt aber immer ein Verdienst G.'s, dass er der allgemeinen Einführung von Verbesserungen des Irrenwesens in eindringlicher Weise das Wort redet. Dies Verdienst ist ihm nicht abzustreiten.

Wie kommt es nun, dass trotzdem seine Aufsätze so bittere Bemerkungen bei verschiedenen Kollegen hervorgerufen haben. Es liegt der Grund in der *Schreibweise* G.'s, die an eine Ueberhebung über sie glauben macht, eine Ueberhebung, die man in der That nicht berechtigt finden kann, wie sich aus meiner Analyse ergibt. Wenn Jemand thut, „als sei *er* der allein Gescheidte, und als handle es sich bei den Andern nur darum, ob sie mehr oder weniger dumm seien", — so

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1868, Nr. 23. Eine Berichtigung dieser offenbar tendenziösen, G. gewiss nicht angenehmen Korrespondenz wurde von der Klin. Wochenschrift nicht angenommen.

gestattet das natürlich kaum eine ruhige Entgegnung. Durch seine Streitschrift gegen **Laehr** ist G. nun vollends aus dem Sattel in den Staub gefallen, ein Beweis, dass er im Sattel nicht fest sass. Auch wir wünschen, dass jene Streitschrift bald vergessen werde [1]), und sich ein unserm Fache förderliches Einvernehmen mit dem Fachgenossen wieder anbahnen möge. Daher unterlassen wir es auch, aus der Streitschrift **Griesinger's** gegen **Laehr** *neue* Waffen gegen G. zu schmieden.

Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren.

Von Dr. **Le Blanc**, zweiter Assistent im Asyle des Dr. **Brosius** zu Bendorf.

Da die Gehirntumoren neben den auffälligeren motorischen und sensorischen Störungen (Kopfschmerz, Epilepsie etc.) auch Symptome psychischer Erkrankung zeigen, da sogar einzelne neben einem charakteristischen Kopfschmerze *nur* psychische Symptome setzen, gehören dieselben entschieden in das Gebiet der Psychiatrie. Und wenn die Irrenärzte der heutigen Zeit mit allem Eifer nach dem Ziele streben, den pathologisch anatomischen Grund einer jeden psychischen Krankheit kennen zu lernen, so ist vor Allem eine genaue Kenntniss der gröberen Processe wünschenswerth. Die Diagnose der Gehirntumoren aber ist bis jetzt in den meisten Fällen nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, und auch in der pathologischen Anatomie derselben bleibt noch viel zu thun übrig. Eben dies hat mich zu dem Entschlusse geführt, von den Fällen, deren pathologische Anatomie ich zum Gegenstande meiner Inaugural-Dissertation machte, hier zwei mehr klinisch zu behandeln, in der Hoffnung, dadurch ein grösseres Leserpublikum für meine Arbeit zu finden, da eine Inaugural-Dissertation nur in die Hände weniger Aerzte kommt, und von diesen die meisten sich mit der Einleitung begnügen. Am Schlusse meiner Arbeit werde ich die Krankengeschichte eines höchst interessanten, aber sehr zweifelhaften Falles aus dem Asyle des Herrn Dr. *Brosius* mittheilen.

Bekanntlich finden sich im Gehirne eine grosse Anzahl sehr verschiedener Tumoren; es sind beinahe alle Hauptformen und neben die-

---

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1868, 3. Heft. p. 364.

sen eine so grosse Anzahl Unterformen beobachtet worden, dass sich in Bezug auf den Reichthum an Varietäten kein anderes Organ mit dem Gehirne messen kann. Fragen wir nach dem Gewebe, das dem Gehirne diese abnorme Leistungsfähigkeit gibt, so muss zunächst konstatirt werden, dass an den nervösen Elementen bisher nur regressive Metamorphosen, Verfettung, Pigmentirung, Verkalkung beobachtet wurden. Eigentliche produktive Processe sah man nicht. Dagegen hat vor bereits einem Decennium *Virchow* auf die von ihm sogenannte Neuroglia, dem bindegewebigen Nervenkitt, als Keimgewebe pathologischer Neubildungen im Gehirne hingewiesen. Da, wo dieselbe als Ependyma an die Oberfläche tritt und hier eine ununterbroche Schicht von namhafter Dicke bildet, war es von jeher leicht, Hyperplasien etc. nachzuweisen.

Virchow's Verdienst war es, die Neuroglia auch im Innern des Parenchyms als Ausgangspunkt der Sarcome, welche er Gliome nannte, nachzuweisen. Ich habe in meiner Inaugural-Abhandlung eine Geschwulst beschrieben, welche man makroskopisch für eine ächte Hypertrophie des rechten Thalam. opt. und Corpus striat. erklären musste, die sich aber mikroskopisch als eine gleichmässige Durchtränkung von Gliommasse erwies. Neben der Neuroglia sind es noch die Gefässe mit den sie umgebenden Scheiden- und Lymphräumen, von denen aus sich Geschwülste entwickeln können.

Einen solchen Fall beschreibe ich hier zuerst.

1. Papilloma myxomatodes.

Das vorliegende Präparat hatte Herr Dr. *Servaes* an der Lindenburg die Freundlichkeit, dem pathologischen Institute zu Bonn, zum Zwecke der näheren Untersuchung, zu übersenden, und fügte derselbe die nachfolgende Krankengeschichte bei.

„Die Tumoren stammen von einem 60jährigen Manne, der vor drei Jahren unter den Erscheinungen einer Lungentuberkulose erkrankte, namentlich von vorne herein an fast kompleter Aphonie litt. Nach Verlauf einiger Monate trat ein andauernder äusserst heftiger Kopfschmerz auf, dem bald sich Symptome psychischer Erkrankung, anfänglich Melancholie, Glaube an die Untreue seiner Frau, untermischt mit Zuständen grosser Exaltation, selbst Tobsuchten mit Angriffen auf seine Umgebung hinzugesellten. Als die letzteren sich an Zahl und Intensität bedeutend steigerten, wurde der Patient ungefähr einen Monat vor sei-

nem Tode der Pflegeanstalt Lindenburg übergeben. Tobsuchten kamen hier nicht vor, wohl aber wurde eine anhaltende Unruhe des Patienten beobachtet, die ihn, trotz der durch das Lungenleiden bedingten, grossen Körperschwäche, fast nie ruhig sitzen liess. Dabei war er fast anhalhaltend schlaflos. Die Körperfunctionen waren regelmässig, der Gang breitbeinig, der Körper nach vorne geneigt, der Gesichtsausdruck schlaff.

Zu bemerken ist noch nachträglich, dass Herr Dr. *Müller* vor zwei Jahren bei einer wegen hochgradiger Kurzsichtigkeit vorgenommenen ophthalmoskopischen Untersuchung den Verdacht eines Hirntumor aussprach.

Der Tod erfolgte in der Nacht vom 15./16. Dec. 1867.

Section 30 Stunden p. mort.

Das Schädeldach ist mässig dick, die Knochen fest; die Dura mater am Schädeldache fest adhärirend, nur mit Mühe zu lösen.

Das Gehirn durchgängig etwas weich. In demselben finden sich eine grössere und zwei kleinere, weiche Geschwülste. Die erstere, von der Grösse einer Kinderfaust, sitzt auf dem Boden des linken Seitenventrikels, ungefähr auf dem Pes hypocampi maior, hat die Gehirnsubstanz nach allen Seiten komprimirt und so den Ventrikel beträchtlich erweitert.

Die beiden kleineren finden sich in der Rindensubstanz der rechten Hemisphäre, ungefähr dem Scheitel entsprechend, eingebettet.

Die linke Lunge ist fest mit der Thoraxwand verwachsen, ganz mit Tuberkeln durchsetzt; ebenso die rechte Lunge, doch ist diese nicht adhärent."

Makroskopie. — Die grössere Geschwulst besteht aus einer schlüpferigen schleimigen Masse von der Konsistenz halbflüssigen Leimes, in der ein zierliches, grünlich-gelbes, baumförmiges Gewächs hin und her flottirt. Betrachtet man diese Bildung etwas näher, so erkennt man in einzelnen dickeren Stämmchen roth durchschimmernde Blutgefässchen und um diese herum ein Gewirr von dünneren Aestchen und ganz zarten Zweigen, die in die feinsten Fäden büschelförmig ausstrahlen. Der ganze Tumor ist einem Klumpen Froschlaich nicht unähnlich, er schwimmt in Glycerin.

Die beiden kleineren, kirschkerngrossen Tumoren bieten makroskopisch dasselbe Ansehen, wie der grössere. Sie wurden zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung erhärtet. Auf einem Querschnitte sieht man die Geschwulstmasse sich als ovalen, weissen Kern von der umgebenden grauen Gehirnmasse abheben. Oben scheint dieser Kern von der Pia mater begrenzt und liegt genau an der Eintrittsstelle eines Gefässchens aus der Pia in die Gehirnrinde.

Einige Cm. von dem einen der kleineren Tumoren entfernt, genau da, wo das nächste Gefäss eintritt, sieht man ebenfalls einen schmalen, spindelförmigen weissen Streifen in der Gehirnsubstanz.

Mikroskopie. — Unter dem Mikroskope fallen zahlreiche papillenförmige Körper in die Augen, gebildet von Zellen, die in regelmässigen Reihen traubenförmig um ein feines Röhrchen gelagert sind. Durch leisen Druck auf das Deckgläschen zertheilen sich diese Papillen, und man erkennt in dem Röhrchen ein Kapillargefässchen, um das die Zellenreihen sassen, die jetzt zerstreut im Gesichtsfelde liegen. Diese Zellenreihen bestehen aus deutlichen Cylinderepithelien, die einen verdickten Rand, aber keine Flimmer tragen, den Cylinderepithelien des Dünndarms vollkommen ähnlich.

Bringt man nun ein unversehrtes Stückchen unter das Mikroskop, so wird der ganze Bau der Geschwulst sofort klar. Dickere Stämmchen, rundum von Epithelreihen umgeben, verzweigen sich netzförmig in dünnere Aestchen und zuletzt in die feinsten Kapillaren, und endigen letztere in jenen charakteristischen Papillen. Es ist dieses Netz aus zahllosen Schlingen zusammengesetzt und erinnert an die bogenförmige Gefässverzweigung bei einer Granulation. In den Zwischenräumen bemerkt man zahlreiche Papillen auf den stärkeren Gefässchen, so dass man deutlich erkennt, wie hier aus dem dickeren Stämmchen unmittelbar ein Kapillargefässchen entspringt, um nach kurzem Verlaufe in einer Papille zu endigen.

Um die Gefässe und Papillen herum bemerkt man nur Schleim, an einzelnen Stellen mehr, an anderen weniger von zahlreichen spindelförmigen Zellen durchzogen, die hie und da unter einander anastomosiren.

Die angrenzende Hirnsubstanz ist sowohl bei den kleineren Tumoren, als bei dem grossen in körnigem Zerfall. Moleküle, Fettkörnchen, Körnchenzellen und Amyloidkörperchen umgeben überall einzelne Gefässchen, die aus der Gehirnsubstanz hervorragen, ebenfalls mit Epithel-

reihen bekleidet sind und in Papillen endigen. Nirgends aber gelingt es, ein so entartetes Gefässchen weiter in die Gehirnsubstanz hinein zu verfolgen. Zwischen der Neubildung und der Pia mater sah ich an einem der kleineren Geschwülste noch einen dünnen Streifen wenig veränderter Gehirnrinde, durch die ein Gefäss hindurchtrat, das erst weiter unten sich in der Geschwulst verbreitete. An dem anderen war die Pia von der Gehirnrinde etwas abgehoben, und hatte die Gefässwucherung unter der Pia fortkriechend die Eintrittsstelle des nächsten Gefässchens erreicht.

An eben diesem Gefässchen fand sich der obenerwähnte spindelförmige Streifen. Verfolgt man jenes mikroskopisch, so sieht man an der Stelle, wo es in seine Kapillaren übergeht, den dasselbe umgebenden Lymphraum sich beträchtlich erweitern. Die Adventitia des Gefässes sieht dick, aufgequollen aus und ist mit zahlreichen Kernen und kleinen Zellen belegt. Der Lymphraum enthält nur Schleim und an einer Stelle eine deutliche Papille. Wir haben es also hier mit einer Geschwulst zu thun, die nur aus jener Gefässneubildung mit den Cylinderpapillen und aus Schleim besteht, die ich daher „Papilloma myxomatodes" nenne.

Es wurde mir bei der Untersuchung noch ein vierter enteneigrosser Tumor zur Disposition gestellt, der durch das Aufbewahren in Spiritus zusammengeschrumpft war. Zerzupfungspräparate zeigten, dass er genau dieselbe Struktur gehabt, wie die eben beschriebenen. Prof. *Rindfleisch* sah diesen Tumor früher und sagte mir, dass er auch in frischem Zustande eine resistentere Masse dargestellt habe und dass die Spindelzellen in der Schleimmasse bedeutend zahlreicher gewesen seien. Dieser Tumor ist an der einen Seite von der Pia mater fest umgeben, und wenn man diese von der Geschwulst abzuziehen versucht, sieht man die Gefässe sich in den Tumor hinüberspannen und bei stärkerem Zuge zerreissen. (Forts. folgt.)

Zur Uebersicht über Ab- und Zugang in der Provinzial-Irren-Anstalt Marsberg im Jahre 1867.

Der Krankenbestand am Schlusse des Jahres 1866 war . . .	357
aufgenommen während des Jahres 1867 wurden	136
Es wurden demnach behandelt	493
Entlassen wurden überhaupt	172
bleibt Bestand Ende 1867	321

Von den Entlassenen	172
sind jedoch nach Lengerich und Gesecke übergesiedelt	87
so dass wirklich nur	85

aus der Anstaltsverpflegung ausgeschieden sind, und daher 51 Kranke mehr aufgenommen, als aus der Anstaltsverpflegung entlassen sind, eine Zahl, deren Höhe bis dahin nicht erreicht ist.

Von den 85 aus dem Krankenbestand überhaupt Entlassenen waren

geheilt	32	} 53	37,65 %	} 62,35
gebessert	21		24,70 %	
ungeheilt	4		4,71 %	
gestorben	28		32,94 %	
			100	

Stellt man diese Ergebnisse mit denen der früheren Jahre seit 1851 zusammen, so erhält man folgende beiden Tabellen:

I.

Aufgenommen wurden:

in den Jahren	1851-60	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867
durchschnittlich	112	117	136	123	144	158	137	136
Entlassen wurden	101	111	130	114	140	142	107	85
Zunahme	11	6	6	9	4	16	30	51

II.

Von den Entlassenen waren

	1851—60	1861	1862	1863
geheilt und gebessert { durchschnittl.	47%	52/47%	77/59%	66/58%
	1864	1865	1866	1867
	72/$51\frac{3}{7}$%	74/52,12%	61/57,01%	53/62,35%

	1851—60	1861	1862	1863
ungeheilt u. ungeignet	15%	32/29%	26/20%	10/9%
gestorben	38%	27/24%	27/22%	38/33%
	1864	1865	1866	1867
ungeheilt u. ungeeignet	23/$16\frac{3}{7}$%	11/7,74%	10/9,34%	4/4,71%
gestorben	45/$32\frac{1}{7}$%	57/40,14%	36/33,65%	28/32,94%

(Schluss folgt)

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 9. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren. (Forts.) Gheel und seine Bedeutung für die praktische Psychiatrie von Dr. Cramer. Zur Uebersicht über Ab- und Zugang in der Provinzial-Irrenanstalt Marsberg im Jahre 1867. (Schluss.) — Literatur.

Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren.

Von Dr. Le Blanc, zweiter Assistent im Asyle des Dr. Brosius zu Bendorf.

(Fortsetzung.)

Epikrise. Die vorherrschenden Symptome unseres Falles sind die heftigen Kopfschmerzen und die psychischen Erscheinungen; von Motilitätsstörungen finden wir nur den breitbeinigen Gang mit nach vorne geneigtem Körper und die Schlaffheit des Gesichtsausdruckes. Der äusserst heftige, andauernde Kopfschmerz musste bei dem hochgradig tuberkulösen Patienten den Gedanken an eine tuberkulöse Neubildung im Gehirne nahelegen. Die Unregelmässigkeit in der Loccomotion deutete auf das Kleinhirn als afficirtes Organ. Allein damit standen die psychischen Störungen nicht im Einklang, denn die Neoplasmen des Kleinhirnes charakterisiren sich durch den Mangel an psychischen Erscheinungen. Die psychischen Störungen zeigten anfangs die Form von Drucksymptomen, Melancholie, später die von Irritationssymptomen, Tobsucht. Dieser Verlauf ist nicht der gewöhnliche bei den Hirntumoren. „In der Regel endigt die Verwirrtheit der Ideen in Blödsinn; viele Kranke werden in Wahrheit kindisch; andere verfallen gegen das Ende

ihres Lebens in Stumpfsinn und Gleichgültigkeit, woraus sie Nichts zu reissen vermag.“ *)

Ferner entwickeln sich die Geistesstörungen in der Regel nicht so früh, wie in unserem Falle, sondern treten erst spät auf und sind denselben Gesetzen unterworfen, wie die anderen Störungen.

Der Sitz und die Qualität des Tumors war also in unserem Ealle nicht zu diagnosticiren. Gegenüber den Symptomen muss ferner der grosse Umfang der Zerstörung von Gehirnsubstanz auffallen. Diess stimmt aber überein mit der Erfahrung manches Praktikers, der auf dem Sectionstische oft enorme Zerstörungen gerade der Hemisphären fand, wo er bei Lebzeiten des Patienten nie an ein bedeutendes Gehirnleiden gedacht hatte. Zwei derartige Fälle hatte ich Gelegenheit als Praktikant der chirurgischen Klinik in Bonn zu beobachten.

Im vorigen Winter wurde ein Pyämischer obducirt, bei dem sich neben Anderem zahlreiche Eiterheerde in den Organen der Brust und des Abdomen fanden. Da dringende Gründe vorlagen, die Section sobald als möglich zu beenden, fragte Herr Prof. *Rindfleisch* die behandelnden Aerzte, ob auch Symptome einer Erkrankung des Gehirns vorhanden gewesen. Als ihm darauf geantwortet wurde, Patient habe kein Erbrechen, keine Delirien gehabt und nie über besondere Kopfschmerzen geklagt, liess er den Schädel uneröffnet. Ich dachte die Gelegenheit zu benutzen, öffnete, um die Anatomie des Gehirns zu repetiren, den Schädel und fand die grossen Hemisphären auf beiden Seiten von zahlreichen Eiterheerden durchsetzt, von denen einer mehr als enteneigross war.

Der andere Fall betraf ein Mädchen, dem wegen eines Osteosarcoms der Unterschenkel amputirt, und wegen wiederholter Blutungen später die Arteria femoralis unterbunden wurde. Während ihrer Krankheit hatte sie mehrere Wochen stark gefiebert, aber nie delirirt, nie über Kopfschmerzen geklagt und nur in einer Nacht wiederholt Erbrechen gehabt, welches man als Wirkung der Morphiuminjectionen, die sie ihrer Schmerzen wegen erhielt, betrachten durfte, da es sofort aufhörte, als man das Morphium aussetzte. Bei der Section fanden sich auf der

*) P. Ladame, Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren. Würzburg 1865.

Oberfläche der beiden Hemisphären mehrere kleinere, und in der rechten ein grosser Abscess, der von der Convexität bis zur Decke des Ventrikels reichte. Dass hier nicht etwa nur die prägnantesten Symptome beachtet wurden, sondern Patientin unter der genauesten Controle stand, davon überzeugte mich die auf's sorgfältigste von Herrn Dr. *v. Kühlwetter* ausgeführte Krankengeschichte, die bei der Section verlesen wurde.

2. Cystoma psammosum.

Die nachfolgende Krankengeschichte verdanke ich der Güte des Herrn Dr. *Moers*: „J. M., 49 Jahre alt, kam im Anfange des Jahres 1867 in klinische Behandlung wegen hochgradiger Hodenatrophie und Hypochondrie. Von seinen zahlreichen Klagen sind besonders die über Kopfschmerzen und die über Nachlassen des Sehvermögens hervorzuheben. Die ophthalmoskopischen Untersuchungen, die Herr Prof. *Sämisch* zunächst am 27. April und zuletzt am 24. Mai anstellte, ergaben ein negatives Resultat.

Vom Juni bis 5. November war Patient ausser Behandlung. Nach Aussage seiner Angehörigen hatte er damals seit ungefähr 3 Monaten Husten, jedoch nie Blut ausgeworfen. Während dieser Zeit soll er ferner zuweilen Konvulsionen gehabt haben. (Eine erhebliche Verminderung des Sehvermögens ist nicht bemerkt worden.) Das Senscrium des Kranken war sehr benommen, die Sprache ausserordentlich schwer, lallend, beide obere Extremitäten paretisch, die linke nur leicht, die rechte in höherem Grade. In beiden bemerkte man ab und zu leichtes Zucken. Die Zunge konnte nicht vorgestreckt werden. Bewegungen der Augen normal.

Die Untersuchung der Brust ergab sowohl links als rechts Cavernen.

Am folgenden Tage starb der Patient."

Die Section ergab ausgebreitete Tuberkulose der Lungen und im Gehirne ausser dem näher zu beschreibenden Tumor nichts abnormes.

Makroskopie.

An der Gehirnbasis sieht man an der Stelle des Infundibulum die Geschwulst sich aus dem 3. Ventrikel hervorwölben. Nach vorne liegt das Chiasma nerv. optic. eng an dieselbe an. Die Tractus n. opt. sind auseinandergedrängt, so dass die beiden Schenkel halbmondförmig die Geschwulst umgeben. Verfolgt man die Tractus nach innen, so findet sich auf beiden Seiten in ganz gleicher Weise genau an der Stelle, wo

die arteria carotis in die fossa Sylvii übergeht, einen circa $1^1/_2$ Cm. breiten Defekt in dem Nerven. Ein bindegewebiger Streifen spannt sich von dem einen Ende zum andern hinüber. Dieser Streifen liegt eng um die Arterie, und scheint letztere etwas erweitert. Der Tumor grenzt an die Tractus, die Pedunculi cerebri, die nach Aussen gedrängt erscheinen, und an die Varolsbrücke. Die Corpora candicantia und nervi oculom. sitzen hinten auf derselben. Mit ihnen ist die Geschwulst, wie mit allen angrenzenden Theilen durch lockeres Bindegewebe verbunden. Es nimmt also der Tumor den Raum ein, in dem wir am normalen Gehirne das Infundibulum mit der glandula pituitaria und die lamina cribrosa posterior finden; er hat diesen polygonalen Raum nach allen Seiten erweitert und zu einem kreisförmigen gemacht.

Auf der anderen Seite sehen wir nach Abtragung der beiden Hemisphären und des Fornix die Geschwulst mit einem breiteren Ende aus dem 3. Ventrikel hervorragen. Sie hat vorne die commissura anterior zerstört und grenzt an das corpus callosum, nach hinten an den Pons.

Die glandula pituitaria ganz normal. Die Geschwulst war von einer mässigen Quantität Flüssigkeit umgeben.

Zum Zwecke der näheren Untersuchung wurde das Gehirn in der Längsrichtung queer durch den Tumor, die Varolsbrücke und das corpus callosum durchschnitten. Man kann auf diesem Queerschnitte die Grenzen der Geschwulst schön übersehen. Sie ist eingebettet zwischen Pons und vorderen Hirnlappen und hat die Grösse eines mässig dicken Hühnereies. An der Oberfläche ist sie mit einer dünnen Membran überzogen, durch welche man eine höckerige Beschaffenheit der Geschwulst erkennen kann. Zieht man die Membran ab, so bemerkt man zahllose grössere und kleinere Cysten, mit einer stellenweise äusserst zarten, bläulich durchscheinenden, stellenweise auch etwas derberen, grau aussehenden Haut umgeben. An drei Stellen, nämlich an der oberen und unteren Spitze, sowie an der hintern Seite, bemerkt man grosse, weisslich durchscheinende Cysten und eben solche sehr kleine über die ganze Geschwulst verbreitet. Der Tumor ist im Allgemeinen weich, elastisch; an jenen weissen Stellen fühlt man harte, körnige Conkremente.

Auf dem Durchschnitt erscheint die Geschwulst als ein Conglomerat kleiner und grosser, runder und länglicher Cysten, die durch ein weiches elastisches Gewebe von einander getrennt sind. Sehr viele dersel-

ben enthalten die oben erwähnten körnigen Konkremente, die oft in linsengrossen Klümpchen sich herausnehmen und zwischen den Fingern staubförmig zerdrücken lassen. Andere enthalten eine weichere Masse, in der man nur wenige feine Körnchen fühlt, und eine dritte Art ist mit breiiger Flüssigkeit gefüllt.

Mikroskopie.

Die mikroskopische Betrachtung der atrophischen Partie der Tractus zeigt die nervösen Elemente in derselben fast ganz verschwunden; nur hie und da konnte man noch einen Axencylinder bis zum andern Ende verfolgen. Die Hauptmasse bildete ein sehr zartes Bindegewebe, in dem man zuweilen Stränge choloider und amyloider Massen antraf. Um dasselbe lag die Nervenscheide zusammengefaltet; an den beiden Enden fanden sich einige Nervenfasern wie abgeschnitten, andere hatten sich hirtenstabförmig gekrümmt. Weiter nach dem Auge hin konnte ich keine erheblichen Veränderungen konstatiren.

Die Untersuchung der körnigen Konkremente, die den grössten Theil des Inhalts mehrerer Cysten bildeten, ergab Konglomerate rundlicher oder polygonaler Scheibchen, die ganz genau die Gestalt der mit herausgenommenen Epithelzellen hatten. Sie enthielten entweder nur in der Mitte ein glänzendes Kalkkörnchen, oder sie waren ganz mit dieser Substanz ausgefüllt.

Die Geschwulst selbst ist grösstentheils zusammengesetzt aus Epithelzapfen, die sich gabelig oder baumförmig verzweigen, genau so, wie wir es beim Epitheliom beobachten. Es haben diese Epithelzapfen im Innern entweder die Form der Perlknoten — es sind um ein oder zwei runde Zellen die benachbarten zwiebelförmig aneinandergedrängt; oder wir bemerken im Innern eines Zapfen einige entartete, glasig aussehende Zellen, oder aber drittens, kleinere oder grössere Hohlräume sind von schichtförmig gelagerten Epithelzellen umgeben. Diese Hohlräume nun sind entweder mit trüber Flüssigkeit, oder mit den oben erwähnten Konkrementen angefüllt.

Die Epithelzapfen sind eingebettet in ein feinfaseriges reticuläres Bindegewebe. Die ganze Geschwulst ist umgeben von einer zarten bindegewebigen Membran. Wir haben also hier eine Geschwulst vor uns, die alle Charaktere eines护Epithelioms an sich trägt, die aber in ihrem Zerfall sich so eigenthümlich gestaltet, dass man ihr wohl den Namen Cystoma psammosum beilegen darf.

Es ist schwer zu sagen, aus welchen Zellen diese Geschwulst hervorgegangen. Die Glandula pituitaria, die man nicht selten zu einer ähnlichen Geschwulst entartet fand, war hier ganz normal. Es bleibt demnach wohl nur übrig anzunehmen, dass die Epithelzellen der Pia mater durch irgend eine Veranlassung in Wucherung gerathen sind. Es haben sich diese Zellen kugelig oder cylindrisch zusammengelegt und stellen auf der Höhe ihres Wachsthums die Perlknoten dar. Durch den Wachsthumsdruck ist die Cirkulation und Ernährung zunächst in den centralen Partien beeinträchtigt worden; es metamorphosirten sich die in der Mitte gelegenen, also ältesten Zellen in eine hellglänzende Masse, worin sich nun Kalk ablagerte, oder es entstand aus dem Zerfall der Zellen ein ateromatöser Brei.

Langsam wachsend drückte die Geschwulst die arteria fossae Sylvii gegen die Traktus an, und durch den elastischen Druck der Blutwellen atrophirten die letzteren bis zu den früher beschriebenen bindegewebigen Streifen.

Eine ganz ähnliche Geschwulst, wie die beschriebene, beobachtete im Jahre 1865 Dr. *Wiedemann* *) in Göttingen, und in demselben Jahre Dr. *Ripping* **). Damals waren achtzehn Fälle von Sandgeschwülsten des Gehirns publicirt, elf von denselben wurden in der Dura, sieben im Gehirne selbst gefunden. Am häufigsten fand man kalkige Konkremente in sarkomatösen Geschwülsten des Gehirns. Die meisten dieser kalkigen Konkremente gehören nach *Virchow* keiner im engern Sinne organischen Formation an, sondern sind einfach in die Reihen der Conkretionen zu rechnen. „Sie wachsen durch Umlagerung neuer weicher Schichten, später durch Zusammenlagerung und gemeinsame Umhüllung mehrerer.“ Neben diesen Konkrementen gibt es nun eine andere Art Sandkörner in Gehirngeschwülsten, die ganz entschieden durch Petrefaction organischer Materie zu Stande gekommen sind. Es wurde dies zunächst von *Virchow* an Bindegewebszellen und ganzen Bindegewebsbündeln beobachtet. Im Jahre 1857 publicirte *Ludwig Meyer* eine Reihe von Beobachtungen, wonach sehr gewöhnlich den Psammomkörnern ähnliche Bil-

---

*) H. und Pf.'s Zeittchrift für prakt. Medic. 3. R. XXIV. 1. p. 127. 1865.

**) Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. XXV. 3. p. 211. 1865.

dungen aus Zellen des epithelialen Ueberzugs der Arachnoides hervorgehen. Dass wir es in unserer Geschwulst ebenfalls mit petreficirten Epithelzellen zu thun haben, kann keinem Zweifel unterliegen.

Epikrise. Die Symptome, welche Patient darbot, sind kurz zusammengefasst, folgende: Heftiger anhaltender Kopfschmerz, Abnahme des Sehvermögens ohne nachweisbaren Grund, später Konvulsionen, Schwerfälligkeit der Sprache, Parese der oberen Extremitäten, besonders rechts, ab und zu leichtes Zucken in denselben; psychischer Seits Hypochondrie, die in Stumpfsinn endete. *Ladame* sagt über die Geschwülste der Pituitargegend: „Ist man einmal dazu gelangt, mit Ausschluss aller anderen Gehirnkrankheiten, die Diagnose auf einen Tumor zu stellen, so wird man auch den Sitz desselben in der Pituitargegend bestimmen können, indem man namentlich einerseits den successiven Verlust des Gesichtes in beiden Augen, andererseits den Mangel der übrigen Störungen, die bei Gehirntumoren vorhanden sind, in Erwägung zieht.“ Sehr oft ist es möglich aus der Alteration des Gesichts allein den Sitz und Umfang einer Geschwulst ziemlich genau zu bestimmen. Aus einer temporalen Hemiopie und den Nebenerscheinungen kann sehr oft auf ein in der Mittellinie des Schädelgrundes knapp vor oder hinter dem Chiasma sitzendes, die gekreuzten Faserbündel allein beirrendes Gewächs geschlossen werden *(D. E. Müller, Saemisch)*, oder eine gleichseitige Hemiopie auf einen lateralen Heerd zu beziehen, oder eine totale Erblindung beider Augen aus einer Kompression des Chiasma als Ganzen abzuleiten sein.“ Zu der Zeit, wo man in unserem Falle mit Sicherheit einen Tumor diagnosticiren konnte, war es unmöglich, den Sitz desselben zu bestimmen. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, die bei Geschwülsten dieser Gegend in der Regel nicht deutlich ausgesprochen sind, waren hier sehr erheblich; ebenso die Sprachstörungen, deren absolutes Fehlen für die Tumoren der Pituitargegend charakteristisch ist. Diese erheblichen Sprachstörungen waren ohne Zweifel die Folge des Drucks der Geschwulst auf die Corpora striata und den Pons, doch war es bei Lebzeiten nicht möglich, sie grade dorthin zu verlegen, wegen der Abwesenheit anderer charakteristischer Symptome. Eine Amblyopie, oder Amaurose, die wichtigste Erscheinung bei Geschwülsten der Pituitargegend war entweder gar nicht, oder erst sehr spät vorhanden. Dies steht mit dem pathologisch-anatomischen Befunde (beide Sehnerven fast total atrophirt) nicht so direkt im Widerspruch, als man glauben sollte.

Eine gleichmässige Kompression eines Nerven wird oft in wunderbarer Weise ertragen. So hat *Gräfe* einen Fall mitgetheilt, wo das Chiasma und die angrenzenden Theile beider Stämme und Wurzeln des Opticus von einem mächtigen Gliosarcom bis zum Unkenntlichwerden der nervösen Faserbündel durchwachsen war, ohne dass ein Symptom während des Lebens auf die Existenz eines intracraniellen Leidens hinwies.

Merkwürdig ist bei unserer Geschwulst noch, dass der Druck derselben gegen die Arterie nicht zunächst Cirkulationsstörungen hervorrief, sondern die weiter nach Aussen liegenden Tractus verrichtete.

(Schluss folgt)

Gheel und seine Bedeutung für die praktische Psychiatrie.

Vortrag gehalten in der Sitzung der schweizerischen psychiatr. Gesellschaft zu Münsterlingen, am 13. September 1867, von Dr. H. Cramer, Direktor der Heil- und Pfleganstalt Rosegg bei Solothurn.

Noch immer steht mit Recht Gheel auf der Tagesordnung. Die Zahl der Kranken, welche der Kolonie anvertraut werden, wächst von Jahr zu Jahr, offenbar nur desshalb, weil sie durch die Reformen von *Parrigot* und *Bulkens* bedeutend gewonnen hat. Strenge und selbst harte Kritik, sowie das Interesse der Bevölkerung von Gheel beleben alle Stände derselben, um dieser eigenthümlichen Schöpfung der Zeit und der Verhältnisse Anerkennung zu verschaffen.

Leider wird der Kampf nicht immer mit der Würde geführt, die eine wissenschaftliche Erörterung fordert. Sehr viel hat hierzu beigetragen, dass sich auch Unbefugte, wie *Duval* *), in den Streit eingelassen haben, der weder Gheel noch die Anstalten genau kennen gelernt haben kann, weil ihm Zeit und Vorbildung gefehlt haben. Zu bedauern ist nur, dass *Bulkens* und *Parrigot* das *Duval* übergebene Material nicht selbst verarbeitet haben, wozu sie in so hohem Grade befähigt gewesen wären. Die Gheeler Frage hätte dadurch viel mehr an Klarheit gewonnen und die Diskussion hätte nicht den intoleranten, dogmatischen

---

*) Gheel ou une colonie d'aliénés par Jules Duval. Paris 1867.

Charakter erhalten, der so leicht bei unzulänglicher Kenntniss der Verhältnisse den Mangel an Wissen zu verdecken pflegt. Auch mir ist die Colonie Gheel lieb geworden, aber ich bin fest überzeugt, dass sie noch einer weitern Entwicklung fähig ist. Damit leistet man aber Gheel keinen Dienst, dass man nichts auszusetzen findet und einfach alle Anstalten auf den Index setzt. —

Leider war ich nur drei Tage in Gheel und beanspruche desshalb durchaus nicht, im Stande zu sein, eine umfassende Kritik geben zu können, dagegen glaube ich einiges gesehen und beobachtet zu haben, was bisher noch nicht beschrieben wurde, und somit hoffe ich, dass meine Mittheilungen, die einige neue Gesichtspunkte darbieten, willkommen sein werden. Ich muss zunächst vorausschicken, dass ich nicht das Glück hatte, Herrn *Bulkens* in Gheel anzutreffen, und dass ich vielfach angewiesen war, mir bei den Bewohnern von Gheel selbst Auskunft zu verschaffen, die mir auch überall offenherzig gewährt wurde. Dr. *de Backer* und Dr. *van Nitsen* unterstützten mich ebenfalls, soviel es ihre sehr in Anspruch genommene Zeit erlaubte; beide waren mit Privatpraxis überhäuft.

Mit fast allen frühern Besuchern muss ich den Nourriciers von Gheel alle Anerkennung zollen. Die Pflege der Kranken ist so sehr mit ihren religiösen Anschauungen und mit ihrem Interesse verknüpft, die Kontrole wird durch das Interesse, das die ganze Ortschaft an dem Rufe des Asyls hat, so mächtig, dass alle diejenigen, welche dem Asyl Kranke anvertrauen, über die gute Pflege derselben von Seiten der Nourriciers vollständig beruhigt sein dürfen. Auch ist leichtbegreiflich, dass für Jedermann, der das Anstaltsleben nur oberflächlich kennt und anderseits die bei den Nourriciers untergebrachten Kranken nicht zu klassificiren weiss, das Verhältniss des Kranken zum Nourricier intimer scheinen kann, als das zum Wärter der Anstalten. Was jeden Psychiater in Gheel freuen wird, ist die gute Aufsicht der Kranken. Die Sache macht sich aber auch ganz einfach. Die Kranken sind entweder auf dem Felde beschäftigt, dann sind sie gewöhnlich in Begleitung des Hausvaters, oder sie können nicht arbeiten und sind zu Hause, dann befinden sie sich unter Aufsicht der Familie, in dem gemeinsamen Raume, der als Küche und Wohnzimmer dient. Schon wesentlich anders sieht es in der Infirmerie aus. Sind dort wirklich Kranke, die nicht zu den Bauern passen, oder wie es in der officiellen Sprache heisst, welche nicht

für das traitement familial geeignet sind, so muss gute Aufsicht gehalten werden. Während der eine Wärter die Kommissionen in der Stadt besorgt, kann der andere offenbar nicht die Kranken in den Zellen, in den Höfen und Zimmern und die körperlich Kranken im ersten Stock beaufsichtigen. Wenn auch behauptet werden kann, dass zwei Wärter für 12—15 Kranke mehr als hinreichend seien, so gilt dieses natürlich nur für eine grössere Gruppirung von Kranken, und wird vorausgesetzt, dass die Wärter ausschliesslich zum Dienst der Kranken verwendet werden.

Ueberall findet man die Kranken gut gekleidet und sauber gehalten — oft in grossem Kontrast zur Familie des Nourricier, die ich hie und da in zerlumpten Kleidern den Kranken umgeben sah Die Thüre eines jeden Bauernhauses öffnet sich ohne Anstand den Besuchern, der Nourricier fühlt sich durch den Besuch geehrt und mit einigem Selbstgefühl stellt er den Kranken vor und zeigt die Kammer. *)

In Begleitung eines in Gheel wohnhaften jungen Schweizers **), habe ich Dutzende von Hütten besucht und nicht den geringsten Anstoss gefunden bei meinem Bestreben, die Kranken zu sehen.

Bei dieser Visite konnte ich aber auch beobachten, dass nur die bessern Bauernhäuser Kranke beherbergen. Sah eine Hütte reducirt aus, fand sich Unordnung in ihrer Umgebung, so fragten wir vergebens, ob sie einen „Sinnenlosen" ***) hätten. Einige zeigten die leeren Kammern und meinten „sie hätten auch gerne einen Kranken."

Da ist nichts Gemachtes, keine Lüge, der Kranke ist die Hauptperson des Hauses, dem jedes Mitglied desselben mit Liebe entgegenkommt und mit dem Besten aufwartet, was es besitzt. Die Blicke, mit welchen selbst schon die Kinder die Kranken betrachten, lassen vollends keinen Zweifel darüber, dass dem Besucher hier nur die reine Wahrheit und kein Schein gegenübertritt. Aber nicht nur in den Häusern der Armen findet man dieses gewandte und liebevolle Wesen im Umgange mit den Kranken. Auch bei den begüterten Bewohnern der Stadt sind die Kranken gut aufgehoben. Das Pensionat des Herrn van

*) Flamändischer Ausdruck für Zelle.

**) Er ist Pensionair bei Herrn van der Vliet.

***) Flamändischer Ausdruck für Geisteskranker.

der Vliet-Harts steht an Eleganz selbst den Pariser Privatanstalten nicht nach.

Welche Klasse von Kranken befindet sich aber bei den Nourriciers von Gheel?

Der Artikel 27 des Reglementes von Gheel lautet:

„Peuvent être placés dans la commune de Gheel les aliénés de toutes les catégories à l'exception de ceux à l'égard desquels il faut employer avec continuité les moyens de contrainte et de corcition, les aliénés suicides, homicides et incendiaires, ceux dont les évasions auraient été fréquentes ou dont les affections seraient de nature à troubler la tranquileté ou à blesser la décence publique."

Dagegen heisst es in den Reglements der meisten Anstalten Deutschlands, wie der Schweiz: „*Nur Heilbare und gemeingefährliche Unheilbare werden aufgenommen.*"

Jeder praktische Arzt aber weiss, wie schwer es fällt, heilbare Geisteskranke, wenn sie nicht gerade störend in der Familie sind, wenn sie also nicht unter die Kategorie fallen, die das Gheeler Reglement ausschliesst, zu bewegen, sich den Anstalten anzuvertrauen.

Also schon ohne Gheel und seine Kranken gesehen zu haben, wird es a priori klar sein, dass die Kranken in Gheel andere sind, als die der meisten Anstalten. Gheel nimmt fast nur inoffensive Kranke auf, während den Anstalten meist nur offensive Kranke anvertraut werden. Sobald sich offensive Tendenzen bei den Kranken zeigen, so erfolgt zunächst die Aufnahme in die Infirmerie, sie ist auch dazu bestimmt körperlich Erkrankte aufzunehmen und für solche, die ein „traitement particulier" nöthig haben. Trotzdem aber: „Leur séjour dans l'établissement (infirmerie) est essentiellement temporaire." (Réglement).

Verfolgen wir ferner, wie Gheel sich zur heutigen Stufe der Vollkommenheit empor geschwungen hat, so ist dieses hauptsächlich dadurch geschehen, dass man nach und nach die Elemente, welche nicht dorthin passten, entfernt hat, und dass man die Errungenschaften der neueren Psychiatrie, die denn doch den Anstalten zu verdanken sind, den Verhältnissen Gheels angepasst hat. Man hat besonders einsehen lernen, dass der Exorcismus und der Schwindel mit der hl. Dymphna, dass die Ketten und Schläge nicht mehr zeitgemäss waren, und gerade der rücksichtslosen Kritik *Guislain*'s hat Gheel seinen Aufschwung vorzugsweise zu verdanken. Gheel hat sich in dem Verhältniss gehoben, als es aus

einer pfäffischen Institution eine ärztliche Anstalt geworden ist. Früher wurden in Gheel alle Formen von Seelenstörung den Kerkern der hl. Dymphna zugeführt. Jetzt muss sich jedem Arzt die Ueberzeugung aufdrängen, dass Gheel nur für inoffensive Kranke passt, und dass die Möglichkeit vorliegt, unter den eigenthümlichen Verhältnissen Gheel's eine ganz exceptionell gute und billige Verpflegungsweise herzustellen.

Es wird nun freilich behauptet, dass die aufgeregtesten Kranken in Gheel behandelt werden und rührende Geschichtlein sind in Umlauf, dass selbst Kinder tobsüchtige Kranke besänftigt haben sollen. Wir brauchen hierauf nicht näher einzugehen, da das Reglement sie ausschliesst, nur die Kranken der Infirmerie wollen wir noch einer Betrachtung unterziehen, da dort doch wohl diejenigen Kranken zu finden sein müssen, bei welchen der offensive Charakter am ausgesprochensten ist. —

Die Infirmerie ist schon oft beschrieben worden, ich habe desshalb nichts hinzuzufügen, als dass diese „simple infirmerie" Duvals jedenfalls ein sehr festes Asyle fermé ist und zwar so fest, dass sich eine deutsche oder schweizerische Anstalt viel eher zu demselben verhält, wie ein Spital zu einem Gefängniss. Die Bauart ist schön, besonders das Aeussere macht einen vortheilhaften Eindruck. Prächtige Gärten umgeben die Anstalt, die jedoch von dem médecin en chef und dem Secrétaire benutzt werden.

Die für die Kranken bestimmten Höfe haben offenbar zu hohe Mauern. Ueberall ist vor Allem dafür gesorgt, dass die Kranken nicht entweichen, wie denn in Gheel überhaupt das Entweichen des Kranken als das grösste Verbrechen des Wartpersonals betrachtet wird, sicherlich auch noch ein Rest der alten Zuchthausbehandlung. Herr *Duval* weiss kaum, dass die meisten Anstalten keinen Budget-Ansatz für Entweichungen haben, und dass man dort nicht so barbarisch das Wartpersonal dafür verantwortlich macht, wie dieses in Gheel der Fall ist; der Passus, dass die Nourriciers $^3/_4$ und der gardien de section $^1/_4$ der Kosten für die Einlieferung eines Entwichenen bezahlen müssen, dient jedenfalls nicht dazu, um die Freiheit der Kranken zu vermehren. Ich sehe gar keinen Grund, warum man in Gheel die Entweichungen anders betrachtet, als in einem gewöhnlichen Krankenhaus, zumal ja „ceux dont les evasions auraient été fréquentes" ohnehin von Gheel ausgeschlossen sind. Wozu nun gar noch die berühmten Fussketten! Mir wurde

gesagt: „Man wende sie nur bei solchen an, die zu blödsinnig seien, um die Wege zu finden, damit sie sich nicht allzuweit von der Wohnung ihres Pflegers entfernten, solche Kranke seien aber trotzdem lieber in Gheel mit den Ketten, als im Asyl fermé ohne dieselben“?!

Abgesehen von dem Mangel an Aussicht und der übertriebenen Aengstlichkeit wegen der Entweichungen, die sich in den hohen Hofmauern ausspricht, ist die sogenannte Infirmerie jedenfalls eine gute Anstalt, auch ist im Innern derselben nichts gespart, um den Kasernen- und Zuchthaushabitus zu verbannen; besonders fehlt es nicht an Bildern, Vögeln und Blumen. Nur die Zellen sind düster und klein, übrigens von den Zellen mit doppelten Korridoren und in direktem Lichte noch die freundlichsten, die ich gesehen habe.

Obschon die Infirmerie 50 Kranke beherbergen kann, zählt sie selten 20. Bei meinem Besuche fand ich nur etwa 14—16 Kranke vor, die sämmtlich harmlos waren. Was mich nach den Aeusserungen *Mandy*'s am meisten in Erstaunen versetzte, war die Beobachtung, dass diese „simple infirmerie“ selbst noch restrainirte Kranke beherbergt.

Die sogenannte „ceinture“ fand ich bei der 1. Visite auf der Männerabtheilung und in der Weiberabtheilung je in einem Falle in Anwendung. Dr. *van Nitsen* wusste nicht, warum der Kranke die ceinture trug, der Wärter erzählte, dass der Kranke sehr aufgeregt gewesen sei. Er hatte also die Beschränkung diktirt. Bei der 2. Visite war der Kranke frei. Die weibliche Kranke wurde als sehr gefährlich geschildert, sie habe eine andere erdrosseln wollen, passe nicht für das traitement familial und müsse in's Asyl fermé nach Gand gebracht werden.“ Die Kranke sass apathisch da und rührte sich nicht, sie schien von momentanen Aufregungen in Folge von Sinnestäuschungen behaftet zu sein. Jedenfalls ist es sicher, dass sie in keiner schweizerischen Anstalt beschränkt gewesen wäre „Die Ceinture soll viele Vortheile vor der Jacke haben und besonders die Athmung nicht hemmen.“ Jedenfalls ist sie hässlicher, als die Jacke; unbegreiflich aber ist, dass in Gheel noch das eine oder andere vorkommt, da ja das vielbesprochene Réglement alle die gefährlichen Kranken ausschliesst. Jacken werden übrigens auch in der Stadt und in den Dorfschaften angewandt; in dem Kleidermagazin der Infirmerie sah ich einen ziemlichen Vorrath. *)

*) Vergl. *Duval* 356.

Die andern Kranken waren inoffensive Rekonvalescenten und Kranke, deren zeitweilige Erregung den Aufenthalt in der Infirmerie nöthig machte, und die zum Theil den Nourriciers wieder übergeben werden sollten. Zwei hüteten das Bett, einer litt an Tuberkulose, und ein anderer an Prostatitis, beide gehörten jedenfalls zu den inoffensiven Kranken. Hieraus geht aber hervor, dass das Kontingent der Gheeler Kranken vorzugsweise aus Unheilbaren, die nicht gemeingefährlich sind, besteht, und dass von den heilbaren Formen nur leichtere Fälle von Melancholie und Manie in Frage kommen können.

Der weitere Schluss aber, der sich hier aufdrängt, ist der, dass sich in allen den Staaten, welche nur Heilbare und Gemeingefährliche aufnehmen, alle inoffensive Kranke ebenfalls in der Familie befinden, indem selten inoffensive heilbare Kranke den Anstalten zugeführt werden; sie haben meist erst Kaltwasserkuren, Bergkuren, Excroismen, pietistische Händeauflegungen etc. zu erdulden, ehe sie einer rationellen Behandlung unterworfen werden.

Trotz den Angriffen auf die Anstalten haben aber dieselben nun von Jahr zu Jahr mehr an Vertrauen gewonnen, so dass immer mehr inoffensive heilbare Kranke in den Anstalten Hilfe suchen. Anderseits gestaltete sich das Loos der ausserhalb der Anstalten verpflegten Unheilbaren so unverhältnissmässig traurig gegen das der Bewohner der Anstalten, dass die öffentliche Meinung sich immer mehr dahin ausspricht, auch diese Kategorie von Kranken in den Anstalten zu verpflegen. Desshalb sind zur Zeit alle Anstalten überfüllt, überall dringt man auf Neubauten und sucht nach anderen Mitteln zur Abhilfe.

(Schluss folgt.)

Zur Uebersicht über Ab- und Zugang in der Provinzial-Irren-Anstalt Marsberg im Jahre 1867.

(Schluss.)

Bei der veränderten Aufnahme und den Bestandsverhältnissen, welche seit Mai vorigen Jahres vollständig eingetreten sind, ist es natürlich, dass sich die statistischen Ergebnisse des Jahres bereits erheblich gegen

früher änderten, wie die obigen Uebersichten nachweisen; nur zwei Ziffern, die der Aufnahmen und die relative (Procent) Zahl der Geheilten und Gebesserten, zeigen wenig Veränderung; es sind 136 aufgenommen, nur einer weniger als im Jahre vorher, nur erheblich weniger, als in den Jahren 1864 und 1865 (144 und 158), dagegen etwa gleichviel, mehr sogar, wie in den Vorjahren (117. 136. 123), so dass die Aufnahmezahl 136 der Durchschnittszahl der sechs vorhergehenden Jahre 1861 bis incl. 1866 fast genau gleichkommt, in welchen noch beide Konfessionen aufgenommen wurden, während sie erheblich höher ist — um 24 —, als die durchschnittliche Aufnahmezahl der 10 noch frühern Jahre von 1851 bis 1860, welche = 112 ist. Die Zahl der Entlassungen hat erheblich abgenommen und ist auf 85 gesunken, hat daher gegen die sechs letzten Jahre, in welchen die durchschnittliche Zahl der Entlassungen 124 betrug, um 39 abgenommen.

Es liegt dies zum kleinern Theil allerdings an der geringern Anzahl von Sterbefällen, welche nur 28 betragen, während durchschnittlich in den 6 vorhergehenden Jahren 38 starben, zum grossen Theil aber daran, dass nach gewonnenem Raum eine grosse Anzahl unheilbarer Fälle zur voraussichtlich dauernden Verpflegung aufgenommen werden mussten.

Was die Heilungen und Besserungen betrifft, so haben dieselben relativ in Bezug auf die Zahl der Entlassenen nicht abgenommen, haben sich sogar bei der sehr niedrigen Entlassungszahl auf einen höhern Procentsatz (62,35%) erhoben; die absolute Zahl der Heilungen und Besserungen ist jedoch nicht unbedeutend gesunken und beträgt 53, während sie in den 6 Jahren vorher durchschnittlich 67 betrug, 14 mehr.

Was die Art des Bestandes in Bezug auf Heilbare und Unheilbare betrifft, so ist, wie aus den beiden Zusammenstellungen in der Uebersicht selbst hervorgeht, ebenfalls eine Verschlimmerung eingetreten, da von 321 Ende des Jahres vorhandenen Kranken nur 43 oder $13^1/_3$ % Aussicht auf Heilung geben, während im vorigen Jahre noch 15% vorhanden waren; auch haben die drei entschieden unheilbaren und besonders hervorgehobenen Irreseinsformen, angeborner Blödsinn, Blödsinn mit Epilepsie und fortschreitende Lähmung relativ gegen früher, die Epilepsie aber sogar absolut zugenommen, da im vorigen Jahre nur 11, in diesem Jahre 17 vorhanden sind.

Die Zahl der Männer beträgt	196
die der Frauen	125
Differenz	71

welche ungefähr dem Verhältniss der frühern Jahre entspricht.

Die Zahl der Sterbefälle, nach dem durchschnittlichen Bestande von 339 berechnet, beträgt etwas über 8%, im vorigen Jahre $10^1/_2$ %.

Von den 28 Gestorbenen waren 8 Frauen, die übrigen 20 Männer; es starben hiervon in Folge von Gehirnleiden 13, (6 in Folge der fortschreitenden Gehirnlähmung), 5 in Folge von Lungen- und Darmschwindsucht (Tuberkulose), 3 in Folge von Dysenterie und Durchfall, 3 an Lungenentzündung, je 1 an Pyothorax, Typhus, Peritonitis und Caries.

Literatur.

In *Ferd. Dümmler's Verlagsbuchhandlung* (Harwitz & Gossmann) in *Berlin* erschien vor Kurzem:

Lazarus (Prof. Dr. M.), Zur Lehre von den Sinnestäuschungen. Nach einem Vortrag, gehalten in der medicinisch-psychologischen Gesellschaft zu Berlin. (Abdruck aus der Zeitschrift für Völkerpsychologie und Sprachwissenschaft. gr. 8. geh.)

Im Verlage von *Ferdinand Enke* in Erlangen ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Krafft-Ebing, Dr. R. von. Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins. Ein Beitrag zur Lehre vom transitorischen Irresein in klinisch-forensischer Hinsicht für Aerzte, Staatsanwälte und Vertheidiger. 8. geh. 22 Sgr. oder 1 fl. 12 kr.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 10. I. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen. **Dr. Brosius**, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. Friedrich Betz in Heilbronn $^a/_N$.

Inhalt. Gheel und seine Bedeutung für die praktische Psychiatrie von Dr. Cramer (Schluss) Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren. (Forts.) Erwiderung an Herrn Dr. Feld in Neuwied. An die Redaction des Irrenfreundes. — Literatur.

Gheel und seine Bedeutung für die praktische Psychiatrie.

Vortrag gehalten in der Sitzung der schweizerischen psychiatr. Gesellschaft zu Münsterlingen, am 13. September 1867, von Dr. H. Cramer, Direktor der Heil- und Pfleganstalt Rosegg bei Solothurn.

(Schluss.)

Während man noch vor 10 Jahren in der Schweiz glaubte, dass ein Platz auf 1000 Einwohner genügen werde und demgemäss St. Pirminsberg, Rosegg, Préfargier construirte, (die Waldau im Kanton Bern kann nur auf 1500 — 1 Kranken aufnehmen, dort glaubte man in den Pflege- und Siecheanstalten eine Aushilfe zu finden) — fehlte es bald in allen genannten Anstalten an Platz. St. Pirminsberg wird nun freilich durch vortreffliche Armenhäuser unterstützt. Im Kanton Neuenburg aber sind jetzt schon Distriktspflegeanstalten angeregt und zum Theil durchgeführt. Die Anstalt Rosegg verpflegt zur Zeit auf 1000 Einwohner 2 Kranke, pie argauische Anstalt wird $2^1/_2$, die züricher'sche sogar drei Plätze enthalten Im Ganzen mag in der Schweiz die Rubrik Gemeingefährliche und Heilbare 1 pro mille betragen, das 2. und 3. pro mille

käme dann auf die inoffensiven Kranken. Es ist wohl anzunehmen, dass diese Verhältnisse in den civilisirten europäischen Staaten überall dieselben sind.

Nun ist aber kein Zweifel, dass die Abtheilungen der inoffensiven Kranken einen ganz andern Carakter haben als die, wo die offensiven Kranken überwiegen.

Die zufriedensten und glücklichsten Kranken sind freilich immer die Rekonvalescenten. Gegen den freien, glücklichen Ton, der auf der Abtheilung der Rekonvalescenten einer grösseren Heilanstalt herrscht, kann das traitement familial in Gheel nie aufkommen. Allein die inoffensiven Kranken fühlen sich auch in den Anstalten glücklicher, hier findet man dieselben zufriedenen, glücklichen Gesichter, wie in Gheel. Fast die Hälfte unsrer Kranken sind die vollständigen Ebenbilder der Gheeler Kranken. Hierher gehören die harmlos Blödsinnigen, die Verrückten, welche Niemand ein Haar krümmen, die Idioten leichtern Grads, welche gewöhnlich an Arbeitskraft alle andern Kranken übertreffen, die Epileptischen mit Erregungen leichtern Grads etc. Meine Erfahrungen lehren mich auch, dass solche Kranke, die zufrieden und glücklich sind, auf die Unzufriedenen vortheilhaft einwirken, dass dadurch das ganze Haus einen anderen Habitus bekommt. So ist es auch begreiflich, dass wenn man auf 1000 Einwohner 2—3 Kranke verpflegt, wie dieses besonders auch in Hamburg und in einigen Anstalten Englands der Fall ist*), proportional der Krankenzahl weniger Wartpersonal erforderlich wird, als in Anstalten, die auf 1000 2000 Einwohner nur 1 Kranken verpflegen, da eben nur die offensiven Kranken einer grösseren Aufsicht bedürfen.

Will man nun die Gheeler Verhältnisse mit denen der Anstalten vergleichen, so kann es sich nur fragen, ob sich die inoffensiven Kranken in Gheel besser befinden, als in den Anstalten. Die ganze Frage ist dadurch auf eine falsche Fährte gerathen, dass man dieses ausser Acht gelassen hat. Das vielgepriesene traitement familial in Gheel ist eben durchaus kein System, das etwa auf wissenschaftlicher Grundlage beruhen würde, es zeigt sich vielmehr, dass örtliche und zeitliche Ver-

*) Meyer, das non Restraint und die deutsche Psychiatrie Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie. 20. Bd. Seite 580.

hältnisse diese frühere Stätte des Aberglaubens zu einer Pflegeanstalt für inoffensive Geisteskranke besonders befähigen, dass dieser Ort aber um so mehr diesem Zwecke entspricht, je mehr er eine ärztliche Anstalt wird. Wir haben desshalb auch die Ueberzeugung, dass Gheel noch eine grosse Zukunft haben wird. Hoffen wir, dass es immer mehr Herrn Dr. *Bulkens* gelingen werde, die nöthigen Verbesserungen einzuführen, da er nunmehr Gelegenheit hat, den Widerstand von Oben zu paralysiren.

Zu den zu erstrebenden Verbesserungen rechnen wir aber:

1. Dass der médecin en chef die Kranken Gheels placirt und nicht die Kommission, die Herrn *Bulkens* nur konsultirt. *) Ich weiss freilich nicht, wie Herr *Bulkens* hierüber denkt, allein gerade mehrere gebildete Männer in Gheel machten mich besonders auf diesen Uebelstand aufmerksam. Die Sache scheint auch so selbstverständlich, dass man auf den ersten Blick nicht begreift, warum dieser Modus nicht schon längst so geändert ist. Doch ist hier ein grösserer Widerstand zu überwinden. Der Gheeler Gemeinderath verwaltete früher die ganze Kolonie selbständig, die hl. Dymphna kurirte natürlich unter dem Einflusse der hochwürdigen Geistlichkeit die Kranken, und der Gemeinderath suchte ächt spiessbürgerlich vor Allem den Gemeindeseckel zu füllen, ehe an das Wohl der Bürger gedacht wurde. Bezahlte ein Kranker eine etwas höhere Pension, so glaubte sich der Gemeinderath berechtigt, einige hundert Francs der Gemeindekasse zuweisen zu dürfen. Eine besondere Kontrole war nicht vorhanden, der Gemeinderath war omnipotent. Der eigentliche Spiessbürger in Gheel hält nun heute noch die neue Ordnung der Dinge für einen Eingriff in die Rechte der Gemeinde, er glaubt noch heute an die Wunderkraft der hl. Dymphna und hält alle die neuen Einrichtungen für mindestens überflüssig.

Dass die Geistlichkeit diesen Widerstand begünstigt, liegt ebenfalls in ihrem Interesse.

Nun aber spielt auch noch die Politik eine Rolle. In Belgien gibt es bekanntlich 2 geschlossene politische Parteien, le parti libéral und le parti catholique. Letztere hat gegenwärtig noch in Gheel die Oberhand, der Bürgermeister gehört der katholischen Partei an. Herr

---

*) Duval, Art. 3.

Bulkens aber und seine Freunde vertreten die liberale Partei. Nun verfügt derjenige über die Stimmen in Gheel, der die Placirung der Kranken zu besorgen hat. Würde Herr *Bulkens* allein die Kranken zu placiren haben, so wäre auch das Spiessbürgerthum Gheels als dahingefallen zu betrachten, und damit eine düstere Wolke von der Kolonie entfernt, die noch viele Uebelstände verhüllt. Da sich aber in Belgien beide Parteien die Wagschale halten, so konnte die liberale Partei bisher noch nicht hinlänglich vom Ministerium aus unterstützt werden. Von dem Momente an aber, wo die Kolonie von der liberalen Partei dominirt werden wird, muss auch vor Allem der Götzendienst der heil. Dymphna aufhören, und dieses ist das zweite *Desiderat*, was wir zu stellen haben.

Noch selten hat ein Besucher Gheels Kranke während der neuvaine beschrieben. Ich sah in dem bekannten Anbau bei der Kirche der hl. Dymphna ein junges Mädchen von etwa 20 Jahren, das an einfacher Melancholie litt, die Hände frei hatte, sonst auch ordentlich angezogen war und gewiss keine offensive Tendenzen hatte, *mit einer schweren Verbrecherkette an die Wand gefesselt.* Vor ihr sassen 2 alte Weiber mit Stricken und Beten beschäftigt. Was sonst noch mit der armen Kranken geschah, konnte ich nicht herausbringen, ich hörte jedoch in Gheel, dass der Excorcismus noch in schönster Form exercirt würde. *) Als ich mit einiger Entrüstung Herrn Dr. *de Backer* sagte, er möge doch die unglückliche Kranke, die fortwährend bat, man möge ihr diese Ungeheuer von Ketten abnehmen, und die Stelle bezeichnete, woselbst sie Schmerzen empfand, von ihrem Leiden befreien, erwiderte derselbe: Es thut mir leid, ich kann da nichts thun — „c'est le traitement religieux!" Warum hatte nun wohl diese Kranke die Kette am Fusse? Gehört das Klirren der Kette zum Exorcismus? Bekanntlich haben die am Altare der hl. Dymphna befindlichen Statuen von Geisteskranken ebenfalls schwere Ketten, die vergoldet sind!?

Jedenfalls ist es eine Forderung der Humanität, dass solche skandalöse Geschichten nicht mehr vorkommen. Das belgische Ministerium

*) So viel ich mich überzeugte, glauben die Wartfrauen in der Zekenkammer nicht mehr an Teufelsbesessenheit. *Brosius.*

dürfte gewiss diesen Dymphnakultus unterdrücken, auch auf die Gefahr hin, dass der katholischen Partei einige Stimmen verloren gehen.

3. Ist in Gheel aller Zwang überflüssig, da nur inoffensive Kranke aufgenommen werden sollen. In der Infirmerie, die allen Anforderungen eines asyl très bien fermé entspricht, woselbst sich sogar eine Polsterzelle befindet, ist der Zwang vollends verwerflich.

4. Ist der ärztliche Dienst unzureichend.

Herr Dr. *Bulkens* hat so viel mit Schreibereien in der Infirmerie zu thun, dass er unmöglich alle Kranken der Kolonie alle Jahre zwei Mal sehen kann, wie es das Règlement fordert. Die andern vier Aerzte genügen wohl für die geistig gesunden Bewohner der Kolonie, aber nicht ausserdem noch für die Geisteskranken ihrer Section. Das Règlement (*Duval* pag. 292 art. 17) verlangt wöchentliche Besuche bei jedem Kranken. Mir sagten Dr. *de Backer* und Dr. *van Nitsen*, sie seien verpflichtet, alle 3 Monate alle Kranken zu besuchen, von mehreren Seiten hörte ich aber, dass die Aerzte soviel mit ihrer Privatpraxis zu thun hätten, dass die wöchentlichen Besuche eine Unmöglichkeit, und die dreimonatlichen ebenfalls nicht immer stattfänden, und dass man in Gheel auch keinem Arzte eine Dienstleistung von solcher Ausdehnung zumuthen könne, da sie nur 900 Frcs. Gehalt haben. Mir scheint es desshalb nothwendig, für jede Section zu 3—400 Kranken einen besonderen Arzt anzustellen und denselben so zu bezahlen, dass er sich ausschliesslich der Behandlung der Geisteskranken widmen kann. Es wird freilich von den Bewunderern Gheels behauptet, die vortreffliche Aufsicht in der Familie ersetze vollkommen die ärztliche Kontrole, die Aerzte könnten ja bei diesen inoffensiven Kranken nichts anderes leisten, als die Kleidung, das Essen, die Reinlichkeit kontroliren etc. Jeder der Geisteskranke behandelt, weiss übrigens, dass es sich bei solchen Visiten noch um ganz andere Dinge handelt, und dass der Arzt weit mehr sehen soll, als der arme Bauer und seine oft nur in Lumpen gehüllten Kinder, die oft genug kein Stück Seife im Hause haben; das kann nur eine Verhöhnung der Irrenärzte genannt werden, die aber von solchen ausgeht, die nie sich darum bekümmert haben, was dazu gehört, bis ein Zimmer und ein Kranker reinlich sind und man von ihnen sagen kann, sie erfreuten sich einer guten Pflege und Ernährung. Die einsichtsvollen Bürger sehen den Mangel des ärztlichen Dienstes wohl ein, und jeder, der

es gut mit der Colonie Gheel meint, muss dahin zu wirken suchen, dass hier Abhilfe getroffen wird. —

5. Die Zimmer der Kranken sind jedenfalls zu klein; es werden 500—600 C. Fuss Luft für einen Kranken gefordert, was für Unreine besonders viel zu wenig ist. Ich habe aber selbst Zimmer gesehen, die noch kleiner waren, und die sicher nicht 10 Fuss hoch sein konnten, da ich mit dem Kopfe an die Decke anstiess. Uebrigens ist der Ausdruck Zimmer für einen solchen Raum ein Euphemismus. Diese „Kammern" sind Kerker mit Hochlicht „aux chassis de fer", fast durchgängig mit einem Boden von Ziegelsteinen. Eine Oeffnung in der Mauer am Fussboden dient zum Ablauf der Flüssigkeiten. Heizbar sind diese Räume nicht. Die Thüren gehen nach Aussen auf und sind auch von dort aus verschliessbar. Das Inventar dieser Kammer ist sehr ärmlich, allerdings nicht ärmlicher, als das seines Pflegers, was aber nicht viel sagen will *).

Es ist nun gewiss an der Zeit, diese Räume zu vergrössern; da die Kranken inoffensiv sein sollen, so sind Hochlicht und Gitter überflüssig, auch wird es sich fragen, ob es nicht zweckmässiger wäre, anstatt der zwei kleinen Zellen ein grösseres Zimmer zu erstellen, da ja weitaus die grössere Mehrzahl der Gheeler Kranken nicht isolirt zu sein braucht. Jedenfalls aber müssen besonders für Unreine mindestens 800—1000 C.' Luft gefordert werden.

In Gheel hörte ich von mehreren Seiten, dass man diesen Uebelstand sehr wohl fühle, allein es sei dieses nur eine Geldfrage; sobald die Nourriciers mehr für ihre Kranken erhielten und demgemäss auch höhere Pachtzinse bezahlen könnten, würden die Besitzer der fermes die Zellen grösser und komfortabler herstellen lassen.

6. Das Minimum der Pension beträgt in Gheel 72 Cts. (für Unreine etwas mehr). Hievon erhält jedoch der Nourricier nur 50 Cts. Die andern 22 Cents werden für den service medicale, für die Kleider und die Administration verwendet.

Es ist nun aber geradezu unmöglich, für diese minime Zahlung die regl. Kost zu verabfolgen, da die Lebensmittel in Gheel noch theurer sind, als z. B. in Solothurn. So kostet in Gheel das Ochsenfleisch 1.70, Kalb-, Hammel- und Schweinefleisch 1.70, Weissbrod 50 Cts. per Kilogramm, Milch 14 Cts. per Liter.

*) Wenn man nur aus diesen „Kamerken" die körperlich leidenden, paralytischen etc. Kranken entfernte! ich fand dort solche. *Brosius.*

Berechnet man hiernach den Tarif der Mahlzeiten (Artic. 30 pag. 337 des Règlements *Duval*), so ergibt sich:

360 gramme Brod	. . . .	0,09
220 „ Fleisch	. . . .	0,33
60 „ Fett	. . . .	0,12 *)
60 „ Gemüse	. . . .	0,03
1 Liter Bier oder 2 Schoppen Milch	. .	0,10
	Sa. frcs.	— 67 Cts.

Nun fehlt hiebei noch sehr viel, besonders auch der Kaffee und die Suppeningredienzen. Vergleichen wir hingegen den Normaltarif unserer Anstalt. Ein Kranker II. Klasse erhält täglich:

2 Schoppen Milch	. . . .	10 Cts.
½ Pfund Fleisch	. . . .	25 „
1 „ Brod	. . . .	20 „
1 „ Caffee	. . . .	3 „
1 Portion Gemüse	. . . .	3 „
	Summa	61 Cts.

Nun ist dieses Alles noch nicht gekocht, es ist noch Logis, Holz, Licht und Wäsche zu berechnen, von Diätspeisen, Wein, Bier, Butter etc. ist noch nicht einmal die Rede.

Wir glauben hiermit nachgewiesen zu haben, dass die so oft bewunderte Billigkeit der Gheeler Verhältnisse noch genauerer Studien bedarf, ehe wir sie zu beneiden nöthig haben. Will man in Gheel die Kranken einigermassen vollständig ernähren, wie dieses der Artic 30 für die Infirmerie und implicite auch für die Colonie vorschreibt, so ist es nicht im Entferntesten möglich für 50 Cts. den dortigen Forderungen zu entsprechen.

Wird ein Kranker aus irgend einem der oben berührten Gründe in die Infirmerie gebracht, so erhält diese das sonst dem Nourricier zukommende Verpfleggeld, das jedenfalls sehr oft mehr als 50 Cts. per Tag betragen muss, denn nach *Duval* (Seite 360) betrug im Jahre 1866 der mittlere Krankenstand 16,90 und die Kosten hierfür 9,971 Frcs. 79

*) Butter oder Fett zu 2 Frcs. per Kilogr. berechnet, da ich keine Notizen über dieselbe habe; 0,12 Cts. für Fett ist nach hiesigen Begriffen sehr viel, allein das Schwarzbrod in Gheel ist ohne Butter fast nicht zu geniessen.

Cts., per Tag also Frcs. 1.62, während in den schweizerischen Anstalten der Verpflegungstag durchgängig auf 1 Fr. — 1.50 Cts. zu stehen kommt. Jedenfalls spricht diese Berechnung auch gegen die vielgepriesene Billigkeit der Gheeler Verhältnisse (*Duval* 337). Es kann nun auch nicht eingewendet werden, dass das Land in und um Gheel weniger Werth habe.

Genauere Nachforschungen haben mich gelehrt, dass das Land mindestens eben so theuer ist, als z. B. in Solothurn. In den zur Gemeinde Gheel gehörigen Weilern (Hamaux) kostet die Hectare 2 00—3000 Fr. (der Pachtzins beträgt 80—120 Fr.), nach der Qualität des Bodens, um die Stadt Gheel aber steigt die Hektare bis auf 4000—5 00 Frcs. und wird verpachtet zu 150—:00 Fr. Ohne Zweifel wird aber aus diesen Angaben hervorgehen, dass im Interesse der braven Nourriciers und der Kolonie die Entschädigung für Verpflegung, Logis etc. erhöht werden müsse.

Wir könnten die Anzahl der Desiderate noch erhöhen und wollen nur noch kurz erwähnen, dass der Art. 29, der von den Kleidern handelt, unter anderem bestimmt, dass der Kranke 3 weisse Hemden und 2 Paar Strümpfe haben soll, was gewiss kläglich genannt werden muss. Ferner ist die Badeanstalt selten in der Lage, mehr als 15 Bäder per Tag zu geben, und die Kolonie hat 1100 Kranke!!

Lassen sich überhaupt unreine Kranke rationell pflegen, ohne dass sie regelmässig gebadet werden? Sollten desshalb nicht in den Hamaux besondere Badeanstalten errichtet werden?

Gheel ist mithin heut zu Tage nur denkbar in Verbindung mit den geschlossenen Anstalten.

Die Fortschritte, welche die Kolonie in den letzten 2 Decenien gemacht hat, resultiren offenbar nur aus den wissenschaftlichen Errungenschaften der Anstalten. Gheel ist in dem Verhältnisse gestiegen, als es nach und nach eine ärztliche Anstalt geworden ist, und was der Kolonie noch fehlt, wird dann kommen, wenn die ärztlichen Bestrebungen die Sonderinteressen der Bigotterie und des Spiessbürgerthums besiegt haben werden.

In diesem Falle wird Gheel eine vortreffliche Pflegeanstalt für inoffensive Kranke geworden sein, in welcher keine Fesseln, keine ceintures und keine Jacken mehr existiren, und auch die Kerker der heiligen Dymphna sowohl, als die der Hamaux mit ihren Gittern überflüssig sein werden.

Wenn nun Belgien annähernd 5 Millionen Einwohner hat, so sind nach unserer obigen Berechnung 5000 Plätze in Anstalten für mehr offensive und heilbare Kranke nöthig. Wird der ärztliche Dienst in Gheel weniger auf allerlei Schreibereien und mehr auf den Verkehr mit den Kranken angewiesen sein, so können auch noch die inoffensiven heilbaren Fälle in Gheel behandelt werden. Hoffentlich bleiben dann nicht für die Gheeler Aerzte, wie jetzt, fast nur *die* heilbaren Kranken übrig, die von der heil. Dymphna nicht kurirt werden konnten. In diesem Falle aber würden vielleicht weniger Plätze in den Anstalten nothwendig. Dagegen lässt sich die Kolonie mit Leichtigkeit vergrössern und sehr wohl durch Annectirung benachbarter Dörfer zu einer Pflegeanstalt für einige Tausend inoffensiver Kranken einrichten. Auf diese Weise würde die Irrenfürsorge zum Wohle des Landes selbst, der Kolonie und vor Allem der Kranken am besten gelöst werden. Es ist auch keinem Zweifel unterworfen, dass sich die inoffensiven Kranken in Gheel besser befinden, als in den Staaten, wo sich die Staatsfürsorge noch gar nicht auf diese Krankheitskategorie erstreckt hat, obschon dort auch „en famille et en liberté vivent". Auf das lächerliche Raisonnement wollen wir hier gar nicht eingehen, das alle offensiven Kranken von Gheel entfernt und in die geschlossenen Anstalten dirigirt, weil sie nicht zum traitement familial passen, und dann den Anstalten den Vorwurf macht: „Warum schliesst ihr eure Thüren, warum lasst ihr euren Kranken keine Freiheit? kommt nach Gheel und schaut das paradiesisch, glückliche Leben der Kranken!"

Uns kann hier nur die Frage beschäftigen, befinden sich die inoffensiven Kranken in den Anstalten mehr oder minder gut als in Gheel?

Ohne Weiteres muss zugestanden werden, dass ärztlicher Dienst, Verpflegung, Logis und Kleidung in den Anstalten besser sind, als in Gheel. Jede Anstalt gibt auch ihren Kranken so viel Freiheit, als es die Individualität derselben immerhin erträgt. Rekonvalescenten und harmlose Verrückte und Blödsinnige kann Jedermann in unseren schweizerischen Anstalten frei herum gehen sehen, und kann ich nicht im Mindesten klagen, dass denselben mit Misstrauen begegnet werde. Fast immerwährend habe ich Kranke, die das Lesezimmer in der Stadt, die Koncerte und Gesellschaften ohne Begleitung besuchen, und die Bevölkerung kommt ihnen überall mit Liebe entgegen. Die Handwerker und besseren Feldarbeiter haben Schlüssel, einige Kranke sind dem Knechte

zugetheilt, öfters kommt der Fall vor, dass Kranke einige Tage auf Urlaub bei den Ihrigen verbringen, auch von den Besuchen wird der ausgedehnteste Gebrauch gemacht. Missbraucht ein solcher Kranker die Freiheit, so wird sie ihm zeitweise entzogen, und bei Fluchtversuchen werden wir immer weniger ängstlich, am wenigsten aber fürchten wir dieselben bei den inoffensiven Kranken Für Arbeit ist in unserer Anstalt und den andern der Schweiz hinlänglich gesorgt Zwangsmittel existiren weder bei den offensiven noch inoffensiven Kranken.

Festlichkeiten sind wir auch in Stand gesetzt mehr zu bieten, als dieses dem Nourricier für 50 Cts. möglich ist Sollen nun die Gheeler Kranken mit ihrem Fluchtgesetz freier sein, als die inoffensiven unserer Anstalten? *)

Wenn wir auch diese Frage noch offen lassen müssen, so geben wir gerne zu, dass der Aufenthalt in einer Familie vielen Kranken eine behaglichere Existenz sichern wird, als es die Anstalt vermag. Nur wird man sich die Sache nicht gar zu idyllisch vorstellen müssen. Es handelt sich immer wieder um die Klasse der Kranken, für welche der Nourricier 50 Cts per Tag erhält, mit ihren 3 Hemden und 2 Paar Strümpfen und ihren vergitterten Kammern zu 500—600 Cubikfuss Luft.

Günstige sanitarische Einflüsse von dieser Versorgungsweise der Kranken sind bisher noch nicht bewiesen worden.

Der wesentliche Vorzug, den Gheel zur Zeit vor allen Anstalten hat, ist der der Billigkeit. Nicht als ob die Kranken oder die Gemeinden billiger wegkämen, da, wie wir gesehen haben, 72 Cts. als Minimum von der Administration der Kolonie bezogen werden, während in unserer Anstalt durchschnittlich für einen Kantonsbürger nur 41 Cts. Allein der Staat hat durchaus keine Lasten für die Kolonie. So lange auch die Gheeler Verhältnisse in dem Masse überschätzt werden, wie dieses in den letzten Jahren Mode geworden ist, hat der Staat wenig Veranlassung, etwas für die Kolonie zu thun.

Alle unsere Desiderate erfordern aber zu ihrer Erfüllung Geld und wieder Geld, und schliesslich wird, besonders wenn es sich um Konstruction eines neuen Gheel handelt, keine grosse Preisdifferenz mehr stattfinden zwischen der Anstalt und einem zu erstrebenden „traitement familial."

*) Ich fand in Gheel (der Kolonie) Kranke, die viel weniger Freiheit haben, als viele Kranke unserer Anstalten. *Brosius.*

Ein neues Gheel zu gründen halten wir aber für unmöglich, und selbst wenn man *Mundy's* schöne Häuschen gebaut hätte, so würden die Nourriciers fehlen, die eben nur in Gheel vorkommen.

So bleibt denn der einzige, wirkliche Vorzug Gheels übrig, den wir in hohem Masse anerkennen, *dass es eine Bevölkerung besitzt, die mit den Geisteskranken sehr gut umzugehen versteht.* *)

Diese glückliche Eigenschaft der Stadt und Umgebung, sowie ihre günstige Lage befähigen sie dazu, eine vortreffliche Anstalt für inoffensive Kranke zu werden.

Jedenfalls sind die jetzigen Gheeler Verhältnisse nicht dazu angethan, um uns in der Schweiz, wo zur Zeit das Irrenwesen sich eines so erfreulichen Aufschwunges erfreut, wo wir bald auf 1000 Einw. einen Kranken, nicht eingekerkert, sondern der Wohlthat einer wissenschaftlichen Behandlung sich erfreuen sehen — von dem betretenen Wege zu entfernen Wenn der eine oder andere Kanton mehr oder weniger Luxus auf seine Anstalt verwenden will, wenn ein Zürcher Staatsmann, als es sich darum handelte, dass 300' 0) Frcs. an der neuen Anstalt gespart werden könnten, stolz sagen konnte und durfte. 3 0 000 Frcs. sind keine wesentliche Ersparniss für den Kanton Zürich, so sind doch gewiss wir Aerzte am wenigsten berechtigt, Einsprache zu erheben. Nicht der Dogmatismus wird entscheiden über die Zukunft der Psychiatrie, sondern der ruhige Fortschritt der Wissenschaft. Uns will es scheinen, dass dieser Fortschritt viel mehr in den Bestrebungen des non Restraint, als in denen des traitement familial bestehe. Allein auch in dieser Beziehung stehen sich die Parteien viel zu schroff gegen einander über.

Die Sache wird gewiss für unsern kleinen Kreis sehr gefördert, wenn wir uns bestreben, uns unsere Erfahrungen alljährlich mitzutheilen, und ich stelle deshalb den Antrag, dass Jeder von uns eine Controle über den angewendeten Zwang führe und die entsprechenden Fälle der psychiatrischen Gesellschaft in den Jahresversammlungen zur Diskussion vorlege. Auf diese Weise werden wir zu einer reichen Casuistik und gewiss auch zu bestimmten, wissenschaftlichen Grundsätzen kommen.

---

*) Lägen unsere Anstalten in einer solchen Bevölkerung, so würden wir unsern Kranken die doppelte Freiheit geben können. *Brosius.*

Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren.

Von Dr. Le Blanc, zweiter Assistent im Asyle des Dr. Brosius zu Bendorf.

(Fortsetzung statt Schluss.)

Die Entwicklung unserer Geschwülste hat an der Uebergangsstelle der Gefässe in die Kapillaren, wo wir von den drei Arterienhäuten nur noch die Adventitia, spärliche, querstehende, längliche Zellen mit queren Kernen (*Koelliker*) und um diese herum einen mit Epithel bekleideten Lymphraum finden, begonnen. An dieser Stelle sahen wir an dem oben erwähnten, spindelförmigen Streifen den Lymphraum erweitert, die Zellen und Kerne der Adventitia vermehrt, den Raum mit Schleim gefüllt und in ihm eine deutliche Papille. Durch irgend eine Ursache ist hier die Adventitia entartet; es sind die Epithelzellen des Lymphraumes in Wucherung gerathen, und haben sich aus ihnen die Cylinderreihen und Endpapillen um das Gefäss gebildet. Von den vorhandenen Gefässchen bildeten sich zahlreiche neue, und alle erhielten einen Epithelüberzug. Der Schleim, die Hauptmasse in der Geschwulst, war wohl Absonderungsprodukt der Epithelzellen.

Die unsere Tumoren umgrenzende Hirnsubstanz ist körnig zerfallen, doch sind die Gefässe derselben nicht mit zu Grunde gegangen; sie ragen in die Geschwulst hinein; sie haben sich an dem hier Platz greifenden Prozesse betheiligt und sich ebenfalls mit Epithel bekleidet. Die Wucherung hat sich nun nach allen Seiten ausgedehnt; die Schicht Gehirnrinde zwischen ihr und der Pia mater ist dadurch immer dünner geworden — wir sahen an einzelnen Schnitten noch einen ganz schmalen Streifen — zuletzt sind die Gefässe bis unter die Pia und, unter dieser fortkriechend, bis zur Eintrittsstelle des nächsten Gefässes gekommen.

Auch bei dem grösseren Tumor konnte ich nur annehmen, dass er an der Uebergangsstelle derjenigen Gefässe entstanden, die an dem Boden des Ventrikels gelagert sind. Bei der in Spiritus erhärteten Geschwulst sprach eben das Hinüberspannen der Gefässe von der Pia zum Neoplasma dafür, dass auch hier die Entwickelung von der bezeichneten Stelle ausgegangen sei.

(Schluss folgt.)

Erwiderung an Herrn Dr. Feld in Neuwied. *)

Herr Dr. *Feld* hat in Nro 9 1867 d. Bl. eine Arbeit Dr. *v. Krafft-Ebing's* „Zur Erkennung und richtigen forensischen Beurtheilung krankhafter Gemüthszustände, Erlangen 1867" seiner Kritik unterzogen, und zwar in einer Weise, dass wir uns durchaus zu einer Entgegnung aufgefordert sehen.

Nach einer kurzen Einleitung, in welcher sich Recensent mit der imponirenden Behauptung, „dass alle Begriffe der Philosophen (in psychologischen Fragen) in der Luft schweben", über die schwere Geistesarbeit eines *Herbart* etc. vornehm hinwegschreitet, eröffnet er sein polemisches Turnier. Es erregt sein Missfallen, dass *v. Krafft* „das Vorstellen und die Triebfedern des Wollens und Handelns wesentlich von der Qualität des Fühlens bestimmt werden lässt." Hievon finde nun das Umgekehrte statt, meint der Recensent. „Hat sich der Vorstellungskreis eines Menschen auf ein gewisses (!) Gebiet zusammengezogen (auf das Uebel [!]) und finden sich dazu noch andere (!) Bedingungen, so nennt man einen solchen Menschén traurig, verstimmt." Wir gestehen aufrichtig unsere Unfähigkeit ein, die Tiefe dieses Ausspruchs zu verstehen, aber wahrlich auch nicht leichter wird es uns, die Naivetät zu begreifen, mit welcher man uns glauben machen kann, Etwas deducirt zu haben, während man sich nur mühsam in lauter Unbestimmtheiten herumdreht. Oder was heisst denn das: „ein *gewisses* Gebiet."? Oder, was hat man zu denken unter „*andern* Bedingungen"? unter: „einem *gewissen* Verhalten des Vorstellens," das „*unter Anderm* Lust- und Unlustgefühle bedingt."? Solchen vagen, unzureichenden Prämissen gegenüber ist man wirklich über die Kühnheit erstaunt, womit Recensent so ganz einfach den Schluss sich erlaubt: dass des Verfassers Ansichten die Sache auf den Kopf stellten." Dieser Siegesruf ist ein wohlfeiler und erklärt sich höchstens aus dem docirenden Hochgefühle des Recensenten, das ihn vergessen lässt, dass er nicht mit etwa über allen Zweifel erhabenen, sondern nur mit höchst subjektiven Behauptungen in's Feld zog, denen er geeigneter zuerst Sicherung und Präcision verschafft hätte.

Wenn Recensent aber gar als Ursache für „die Einengung des Gedankenkreises" eine „Verletzung (Störung !)) des Gehirnes" aufführt, — wenn er „von einem solchen den ganzen Zustand des psychischen

*) Ohne Schuld der Redaction verspätet. B.

Schmerzes" ableitet, — von „der Kräftigung und Belebung desselben aber den Zustand der Lust, der Erweiterung des Vorstellens": so möchten wir wirklich am Ernste seiner Behauptungen zweifeln. Was — fragen wir billig — ist anders denn mit solchen Redensarten geleistet? Wie will Recensent einen Terminus wie „Verletzung des Gehirns" vor dem physiologischen und anatomischen Forum der Wissenschaft rechtfertigen? Was soll man sich eigentlich unter einer „Erweiterung des Vorstellens" denken? Und vor Allem, was berechtigt ihn, aus einer „Gehirnverletzung" die „Verengerung des Vorstellens" so schlechthin abzuleiten? Ein derartiges Raisonnement ist doch zum wenigsten höchst unwissenschaftlich und durchaus willkürlich, und überhaupt, was taugt es denn an diesem Orte, in der Kritik einer so präcisirten Frage, in wiefern ein krankhaftes Fühlen als Grundelement für die Genese gewisser psychopatischer Prozesse angenommen werden dürfe? Wenn Recensent diese Frage verneinen und das letztere eher als Function des geänderten Spannungsverhältnisses der Vorstellungen auffassen will, so ist dies eben wieder *seine* (und durchaus nicht originale) Privat-Ansicht, über deren durchaus subjektiven Werth oder Unwerth wir ihn auch nicht behelligen wollen; wenn er aber in der eben gerügten Weise mit diesem veränderten Vorstellungsverhältniss und der anatomischen Hirnstörung noch gar als mit *ganz einfach korrespondirenden* und *allein seiner Theorie sich fügenden* Grössen zu rechnen anfängt: dann scheint es uns doch mehr als billig, eine solche herausfordernde Selbstgewissheit wieder in ihre häuslichen Grenzen zurückzuweisen.

Gegen Schluss seiner kritischen Arbeit kommt Recensent in Bezug auf ein (dazu noch ganz unrichtiges) Citat aus Dr. *v. Krafft*'s Schriftchen nochmals auf eine psychologische Frage zurück, und lässt sich bei dieser Gelegenheit über seine Auffassung des Verhältnisses zwischen Vorstellen und Wollen vernehmen. Parturiunt montes! „Das Wollen ist das Hervortreten einer genau nach Zeit, Ort und Umständen bestimmten Vorstellung einer Handlung, vor dieser Handlung selbst (!)". Wie? In der einfachen Antecessio einer Vorstellung liegt auch schlechthin das weitere Moment: dass *ich sie will?* Warum trat sie denn überhaupt hervor?, und wodurch erlangte sie denn die Function „unmittelbar die entsprechenden Bewegungen auftreten zu lassen"? Wenn ich also weiter eine projektirte Handlung nicht mehr *will,* so geschieht das folgerecht aus des Recensenten Theorie dadurch, dass die vorher aufgetretene

Vorstellung derselben einfach wieder zurücktritt? Freilich, wer so leichten Kaufs eines der schwierigsten psychologischen Probleme abfertigen kann, für den müssen allerdings „die Begriffe der Philosophen in der Luft schweben“, in einem kritischen Gange aber hätten wir doch andere Waffen erwartet, als Behauptungen, an denen billigerweise jede Kritik aufhört.

Dass unsere Einsprache nicht gegen die Kritik überhaupt gerichtet ist, dass wir keine Apologie der *v. Krafft*'schen Schrift hier führen wollten, versteht sich von selbst. Aber gegen eine Kritik, die um so souverainer aburtheilt, je unzureichender sie selbst ist, muss entschieden Verwahrung eingelegt werden; eine solche lässt sich höchstens zu einer nicht sehr erfreulichen Selbstkritik des Urhebers, nimmermehr aber, — was allein uns würdig erscheint, — zu einer redlichen Förderung der Wissenschaft verwenden.

Illenau, 3. Januar 1868.

Schüle, Arzt in Illenau.

An die Redaction des „Irrenfreundes“.

In der dem Unterzeichneten vor wenigen Tagen zu Gesicht gekommenen Nr. 8 des „Irrenfreundes“ findet sich in einem Aufsatze des Herrn Dr. *Brosius* folgender Passus: „*Griesinger* hat in der Königlichen Charité zu Berlin dieselbe Erfahrung gemacht, wo, was mir ganz natürlich erscheint, *die instrumentalen Zwangsmittel auch heute noch nicht beseitigt sind, ja häufiger in Anwendung kommen, als Griesinger es will.*“

Als gegenwärtiger stellvertretender Dirigent der Abtheilung fühle ich mich zu der Erklärung verpflichtet, dass nach den Mittheilungen der Herren Assistenzärzte, so wie nach den Aufzeichnuugen der über die Anwendung des Zwanges und der Isolirung geführten Büchern die letztere Behauptung *unrichtig* ist; vielmehr ist seit der Zeit, welche *Griesinger* selbst angegeben (S. dessen Archiv I. 2. p. 244), d. h. seit dem Februar 1867 bis zum heutigen Tage kein instrumentales Zwangsmittel mehr in Anwendung gekommen.

Die Redaction bitte ich um gefällige Aufnahme dieser Berichtigung in der nächsten Nummer des „Irrenfreundes“.

Dr. *C. Westphal*, Privatdozent und dirigirender Arzt an der K. Charité.
Berlin, den 21. Nov. 1868. 4, Bendler Strasse.

Wenn *Griesinger* (Archiv, 1. Bd. 2. Heft p. 238) unter anderen mechanischen Mitteln „*Handschuhe nach Art der grossen Winterhandschuhe*“ bei gewissen Geisteskranken“ gestattet, so halte ich zunächst den ersten Theil meiner obigen Behauptung nicht für unrichtig. Denn diese Apparate müssen doch, behufs Erreichung des Zweckes, in irgend einer Art *befestigt* sein, und so sind es *instrumentale Zwangsmittel*, die manche Kranke, trotz aller Phrasen, ebenso „körperlich und psychisch zu einer inneren Reaction gegen das Hinderniss reizen“, wie „die Jacke, der Stuhl, die Bänder etc.“, l. c. p. 239. Es sind nur andere Jacken und Bänder.

„Den Mittheilungen der Herren Assistenzärzte und den Büchern“ der K. Charité schenke ich vollen Glauben. Sie schliessen aber die Richtigkeit der Behauptung meines Gewährsmannes nicht aus, „dass in der K. Charité noch nach dem Febr. 1867 ohne Wissen der Aerzte Zwangsmittel benutzt wurden.“ Grade in Asylen, in denen der Direktor nicht wohnt, und eine *beständige arztliche* Controle nicht stattfindet, sind ja Heimlichkeiten des Wartpersonals leider am wenigsten ungewöhnlich. Dr. *Brosius.*

Literatur.

Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins. Ein Beitrag zur Lehre vom transitorischen Irresein in klinisch-forensischer Hinsicht für Aerzte, Richter, Staatsanwälte und Vertheidiger von Dr. *R. von Krafft-Ebing*, Arzt an der grossh. badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Erlangen. Verlag von Ferdinand Enke. 1868.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 11 & 12. X. Jahrgang. 1868.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. **Friedrich Betz** in Heilbronn a/N.

Inhalt. Die neue landwirthschaftliche Colonie bei der Landes-Anstalt zu Colditz. Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren (Schluss). — Literatur.

Die neue landwirthschaftliche Colonie bei der Landes-Anstalt zu Colditz.

Geschildert von Direktor Dr. Voppel.

Unzweifelhaft hat die bekannte Reformschrift *Griesinger*'s besonders nach Einer Richtung hin Epoche gemacht, und wird ihm das Verdienst unbestritten bleiben müssen, seine gewichtige Stimme für agricole Einrichtungen in der Nähe von Irrenanstalten zu einer Zeit abgegeben zu haben, wo das fort und fort drängende Aufnahmebedürfniss eine zweckmässige Erweiterung schon vorhandener Anlagen oder den kostspieligen Bau neuer Asyle in den Vordergrund treten liess. Wir insbesondere erkennen jenes Verdienst um so bereitwilliger an, als die Verwirklichung langjähriger Wünsche durch *Griesinger*'s Votum in eine regelmässige Bahn geleitet wurde, deren Weiterbau wohl nicht lange auf sich warten lassen wird. — Gewiss finden sich unter den chronischen Irren der Anstalten nicht wenige, welche bei wohlerhaltener oder wiedergekehrter Arbeitsfähigkeit ein grösseres Freiheitsbedürfniss haben, als die geschlossenen Asyle gewähren können. Es sind diess solche Kranke, deren gefälschte Vorstellungen über die eigne Persönlichkeit und ihre Beziehungen

zur Aussenwelt sie in bedenkliche Conflicte mit der Familie oder andern bürgerlichen Verhältnissen bringen, oder solche, welche zufolge eingetretenen Schwachsinns nach völligem Abschluss der acuten Periode eine stete Leitung und Ordnung ihrer Angelegenheiten und Bedürfnisse nöthig haben, zu Hause aber dem Armenhaus oder wohl gar dem Reihzug verfallen, verkümmern, verwildern, ihren Mitmenschen ein Bild des Jammers oder fortwährender Befürchtung, und — häufig erst durch künstliche Reizung ihrer natürlichen Triebe — zu Vergehen gegen Sittlichkeit und Gesetz aufgestachelt werden. Solche und andere mit Defekten des Empfindens und Wollens davongekommene Irre sind es vornehmlich, deren agricole Unterbringung in Frage kommt. Nur möchte ich des Irren Freiheitsbedürfniss, dessen volle Befriedigung auf Kosten der öffentlichen Wohlfahrt und der Familie offenbar nicht möglich ist, nicht als wichtigsten Grund einer solchen freieren Verpflegung obenan stellen, sondern würde die wirkliche Förderung psychischen und physischen Gedeihens bei den zur Colonisation bestimmten Kranken, wie es wohl auch *Griesinger* verstanden wissen will, zur voraussetzlichen Bedingung erheben. Von dieser Grundansicht aus hatte ich schon im Journal für Psychiatrie XVIII. 6. für hiesige Anstalt eine Zahl von circa 10 p. C. der Gesammtbevölkerung zu einem freieren Verpflegungsmodus geeignet halten zu müssen geglaubt und hoffe, einem segensreichen Erfolge der praktischen Ausführung dieser Idee ziemlich gewiss entgegensehen zu können.

Nach dem Austrag des allgemeinen Beschlusses einer — zur Discussion der von *Griesinger* angeregten wichtigen Fragen berufenen — ausserordentlichen Versammlung des Landes-Medicinal-Collegiums für Sachsen, an welcher theilzunehmen auch mir vergönnt war, wurde vom Königl. Ministerium des Innern mir der Auftrag zu Theil, in der Stille nach Ländereien Umschau zu halten, deren Lage und sonstige Verhältnisse einem Versuch zur Kolonisation günstig erscheinen möchten. Dabei leitete mich der Gedanke, dass ausser den hauptsächlichsten hygieinischen Vorschriften auch d e m Umstande Rechnung getragen werden müsse, eine Oertlichkeit zu gewinnen, deren Nähe an der Anstalt durch leichten Verkehr zwischen dieser und der zu errichtenden Colonie die stete ärztliche Oberaufsicht und den wirthschaftlichen Austausch zu gestatten vermöge. Als die geeignetste Stelle zur glücklichen Vereinigung solcher Nützlichkeitsrücksichten mit der Hauptaufgabe erwies sich ein

Hochplateau des Muldenthales, etwa 300—400′ über dem Spiegel dieses Flüsschens, welches ein östlich von der Anstalt und von deren Centrum in zwanzig Minuten zu erreichendes Dörfchen, Zschadras, trägt, dessen Felder überdiess zum Theil an das Anstaltsgebiet stossen. Nachdem der Versuch eines direkten Ankaufs von dem nächstgelegenen Nachbar an dessen überspannten Forderungen — sibyllinischen Andenkens! — gescheitert war, gelang die indirekte käufliche Erwerbung eines kleinen Hintersässergutes in Zschadras selbst — der Name dieses Dorfes rührt, wie die meisten der Umgegend, von den zwischen Mulde und Saale heimischen Sorben her — um den verhältnissmässig niedrigen Preis von 9000 Rthlr. bei 18 Acker sächs. (1 Acker = 300 Q.-R. à 7° 14″ oder $2^1/_6$ Morgen preuss.), die nach ihrer Bonitirung meist Klasse 2—6 aufweisen, also zu den besten hiesiger Gegend gerechnet werden. Vielleicht wirkte nach dem Bekanntwerden unseres Planes (zufolge der Veröffentlichung durch die ständischen Verhandlungen) die Scheu der Landbewohner vor dem in Aussicht stehenden Zusammenleben mit den Irren unter den Beweggründen mit, die einen grösseren Grundbesitzer bewogen, sein Stammgut feil zu geben. Bei der Nähe seiner Liegenschaften an der Anstalt, der Umfänglichkeit und passenden Lage der Gutsgebäude war der zuletzt festgehaltene Preis von 29,000 Rthlr. für 48 Acker sächs. immer noch annehmbar, da somit kostspielige Neubauten entbehrlich wurden. Nicht wenig Werth hatte für uns noch der Umstand, dass das Dorf nur 7 grosse und 3 kleine Güter zählt, daher weder Schenke, noch Schule oder Kirche im Ort sich befindet.

So schienen die äusseren Bedingungen günstig zusammenzutreffen und der Forderung Genüge geleistet, nach welcher mit den ständischerseits genehmigten 40,000 Rthlr. eine ländliche Niederlassung für 70 Irre vollständig durchgeführt werden soll. Zwar wohnen dieselben so zu sagen in Massenquartieren beisammen, können jedoch nach eigner Wahl und ärztlicher Bestimmung in fünf verschiedene Wohnlichkeiten vertheilt werden, und schlafen in etwa 12 leidlich beschaffenen Kammern, also weit mehr getrennt, als in der Anstalt.

Die Eröffnung einer landwirthschaftlichen Station geschah nach Uebergang des kleineren Gutes an den Staat am 15. April zunächst mit 2 Kranken, denen am 6. Mai 8 andere folgten. So viel nur gestattete der dermalige Wohnraum neben dem Oberwärter mit Familie und einem Wärter aufzunehmen. Mit Abschluss des zweiten Ankaufes konnten

schon vom 4. Juni ab in dem Maasse, als die sofort in Angriff genommenen nothwendigsten baulichen Einrichtungen in den Wohngebäuden vollendet wurden, bei der Gunst der Jahreszeit am 8. Juni 6 weitere Kranke, am 15. wieder 9, am 17. 1, am 22. Juni 4, am 17. 1, am 22. Juni 4, am 7. und 8. Juli je 1, am 11. Juli 5, am 13. 1, am 21. 3, am 23. 2, am 27. 1, am 31. 2, am 10. August 1, am 4. Sept. 9, am 14. endlich 1 Pflegling dahin abgehen. Diese Einrichtung hatte den Vortheil, dass die Auswahl eine sorgfältigere sein konnte, sowie dass von vorn herein die Uebertragung der Arbeiten sich mit grosser Ordnung bewerkstelligen liess und eine schnellere Adaptation an die neuen Umgebungen von Seiten der Pfleglinge ausserordentlich begünstigte.

Da inzwischen 2 Kranke wegen dauernden Unwohlseins, 2 andere wegen stark hervortretender Neigung zum Entweichen in die Hauptanstalt zurückzunehmen waren, so blieb am Schlusse des September die Colonie auf 53 Verpflegte mit 4 Wärtern beschränkt, bis durch Gewinnung neuer Schlafräume, an denen es noch fehlt, zur Erfüllung der vorläufigen Zahl von 62 bis 66 Kranken geschritten werden kann.

Nach den Hauptformen der Seelenstörungen befinden sich darunter:

5 mit periodischer Manie,

3 man. Exaltation mit bereits ausgeprägtem Schwachsinn,

16 mit allen Formen des Wahnsinns (Sinnen- und Verfolgungswahn),

12 Schwachsinnige mit und nach Melancholie,

5 desgl. nach Wahnsinn,

5 desgl. nach Manie,

13 mit congenitalem Blödsinn (darunter 5 mit in der Heimath hervorgetretenen gemeingefährlichen Trieben).

Zurückversetzt wurden:

1 religiös. Wahnsinn,

1 Blödsinn mit rapt. man.,

1 sekundärer Schwachsinn und

1 Blödsinn mit stupöser Versunkenheit und intercurrirender manischer oder melancholischer Reaction.

Zur Landbevölkerung oder wenigstens aus ländlichen Distrikten stammend zählen wir 33 = 57,90, dem gewerblichen und städtischen Arbeitsbetriebe, vorzüglich aus dem Handwerkerstande gehörten 22 an, und 2 waren völlig berufslos geblieben, 24 = 42,10. — Von besserem

Mittelstande sind 1 theologisch gebildeter Lehrer, 1 Architekt und 1 ehemaliger Fabrikbesitzer zu nennen.

Mit den noch vorhandenen Mitteln wird man die nöthigsten baulichen Korrekturen bewerkstelligen und die rein ländliche Ausstattung der inneren Räume vollenden können. Die nothwendigerweise herzustellende harte Bedachung an Stelle des Strohdaches dagegen, sowie andere Verbesserungen müssen noch aufgeschoben werden. — Ist mit dieser Colonisation auch das Manchen vorschwebende Musterbild der cottages und maisons des ouvriers nicht adoptirt, so scheint der nächste Zweck möglichster Ungebundenheit im Bewegen und Handeln unter Fernhaltung jeden anstaltlichen Zwanges für diejenigen Irren erreicht, welche aus äusseren oder inneren Gründen in ihren natürlichen Verhältnissen nicht fortkommen, an sich aber zu dem Genusse einer angenäherten Freiheit berechtigt und befähigt erscheinen. Ueberdiess ist ja damit der Weiterentwicklung durchaus kein Präjudiz entgegengestellt. So wird schon in nächster Zukunft die Errichtung eines kleinen, im Schweizerstyle gehaltenen und mit oberstockiger Galerie versehenen Musterhauses zu erstreben sein, bestimmt zu einem geräumigen Kranken- und Wartzimmer nebst einigen Zellen für transitorische Aufregungszustände, sowie einem im Erdgeschoss gelegenen Wohn- und Schlafzimmer für 6 bis 8 Kranke, denen man den vollen Verkehr mit einer als zuverlässig erprobten Wärterfamilie frei zu geben gedenkt Damit würde der Anfang zur familiären Verpflegung in dem schon früher von mir für ausführbar gehaltenen Sinne begründet sein. Schon jetzt lebt tagüber die Familie des Oberwärters in dem kleinen Gute ohne jede Beschränkung mit und unter den Verpflegten, und eine ähnliche günstige Erfahrung steht uns bereits seit 1864 zur Seite, wo wir 3 ruhige, aber unselbstständige Kranke in der zwar innerhalb des Anstaltsgebietes, jedoch räumlich von den Anstaltsgebäuden ziemlich entfernt gelegenen Gärtnerwohnung untergebracht haben und diese Neuerung niemals bereuen mussten. Sicherlich wird aber eine derartige Gemeinschaft mit Familien erst nach Heranbildung dazu geeigneter Persönlichkeiten weiter verfolgt werden können, um den Irren nicht blos scheinbare Vortheile statt der zwar mehr absondernden, aber auch bewahrenden Anstaltseinrichtungen zu bieten.

Offen muss nun bezeugt werden, dass die grosse Mehrzahl unserer Colonisten, obwohl anfänglich mit einigem Misstrauen gegen diese Translocation erfüllt, alsbald die gewonnenen Vortheile herausfand und

nicht genug zu rühmen wusste, — besonders erfreute sie der Mangel jedweder Vergitterung und des Verschlusses! — auch eine zu Anfang widerstrebende Minderzahl erkannte dem ländlichen Aufenthalte und der freieren Bewegung nach kurzer Zeit den Preis zu und gewann Lust und Liebe zu den vorgefundenen, sehr mannichfaltigen Beschäftigungen. Gewiss darf andererseits nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Sommer einer Irrencolonie bei genügendem Areal die mindesten Schwierigkeiten darbietet, und dass hierorts nichts versäumt worden ist, um die neuen Verhältnisse den nicht daran Gewöhnten werth zu machen und allen erfüllbaren Wünschen mit grösster Bereitwilligkeit entgegen zu kommen. Indess glauben wir die anscheinend difficile Frage, wie im Winter eine so grosse Zahl meist rüstiger Leute zu beschäftigen sei, für die nächsten Jahre damit zu lösen, dass wir mit Ameliorationen und Wegverbesserungen einen Theil der Zeit zubringen, während die industriellen und für Witterungsverhältnisse empfindlicheren Pfleglinge wohl gern an den hier üblichen Strohflechtarbeiten in einem geeignetem Lokale Antheil nehmen werden. Wenn also 8—10 Verpflegte auf den Hofräumen und in Pferde-, Kuh- und Schweineställen, 6—8 in den Scheunen mit Dreschen, 4—6 in dem Innern der Gebäude mit Aufräumen, Aufwaschen u. dergl., 20—24 mit Feld- und Wegarbeiten in nützlicher Weise den Tag hinbringen, so dürften 18—24 recht wohl zu jener Manufaktur sich willig finden lassen.

Gleich an diesem Orte verwahren wir uns ernstlich gegen die etwaige Supposition, als gelte es hier, durch möglichste Anspannung und Ausnutzung aller Kräfte unserer Versuchsstation den Kainsstempel rein spekulativer Verwerthung Geisteskranker aufudrücken. Diess ist unseres Erachtens weder die Aufgabe eines solchen Etablissements überhaupt, und sollte es wenigstens nicht sein, noch wollen insbesondere wir einem so zweifelhaften Lobe nachtrachten. Es wird vielmehr von uns der Kräftezustand der Einzelnen in sorgfältige Betrachtung gezogen und dem übereifrigen Willen, wo er das individuelle Maass zu überschreiten droht, Einhalt gethan sobald der Einfluss dieser Anstrengung auf der psychischen oder physischen Seite sich ungünstig zeigt, da wir das Experiment des Trittrades und anderer Abnützungen excessiver Kraftäusserung nicht kopiren mögen. Denn es ist gewiss erstes Gebot der wahren Humanität, dass nicht einem Princip zu Liebe — dasselbe möge im Allgemeinen als noch so löblich und bewährt gelten — das Recht des Kranken auf Schonung

und Erhaltung seines Lebens geopfert werden darf. Es ist daher auch von nothwendiger Erfüllung eines „Pensum“ nicht die Rede, und nur das Vorangehen des Wartpersonals in der Arbeit mit geschickter Anregung soll zur Nacheiferung, wo es erforderlich ist, für die Verpflegten dienen. Zur Prüfung des Einflusses so ungewöhnlicher und zum Theil neuer Verhältnisse auf unsere Kranken bedienen wir uns seit einer Reihe von Jahren der Körperwägungen, welche in bestimmt abgemessenen Zeiträumen auch bei allen in die freie Verpflegung übergegangenen fortgesetzt, und deren Resultate als sichere Indicationen für diätetische Ressourcen, Aenderung der Beschäftigung u. dergl. mehr benutzt werden. Entschieden zeigte sich bei den Meisten nach ihrer Versetzung in die landwirthschaftliche Station — unter der Einwirkung grosser Sonnenhitze und sechs- bis achtstündiger Feldarbeit täglich — eine Abnahme der Ernährung, welche inzwischen in den folgenden Monaten reintegrirte, ja selbst eine weitere Zunahme erfuhr, wogegen an Einzelnen vom Anfang an der ländliche Aufenthalt als vorzugsweise zusagend zu erkennen war. So klein die Beobachtungsreihen bei der Kürze der Versuchszeit immer sein mögen, so glaube ich doch, sie zur Unterstützung des Gesagten hier anführen zu dürfen. — Dagegen fehlte es auch nicht an Beispielen, wo die veränderte Lebensweise, vielleicht auch eine langsamere Acclimatisation und tägliche Anregung zur Bethätigung eine successive stetige Abnahme des Gewichts wahrnehmen liess, während Andere derselben nur im letzten Monate unterlagen. Unter 14 Verpflegten schien bei 3 Personen der allzugrosse Eifer in den von früher her gewohnten Beschäftigungen die einzige Veranlassung abgegeben zu haben, während bei 4 Andern erkennbare Störungen im Respirations- und Digestionsapparate vorlagen. Nicht ebenso sicher ist bei 7 weiteren Colonisten die Ursache dieser Abweichung zu deuten, wenn man sie nicht als nachhaltigere und später auftretende Folge der im ganzen organischen Haushalt eingetretenen Veränderung (eine Art der Acclimatisation) hinnehmen darf.

So reducirte sich das Gewicht bei 1 maniakal. Blödsinnigen successive um 9 ℔, bei 1 früher von Epilepsie Befallenen nach vorheriger Steigerung allein im letzten Monat um 7 ℔, bei 1 periodischen Tobsucht in demselben Zeitraum um 6,5, bei 1 Blödsinnigen allmählich um 5,7, bei 1 congenit. Blödsinnigen nach vorgängiger Zunahme seit der letzten Wägung um 5,5, bei 1 melancholischen Blödsinn allmählich um 5,0, und ein

ähnlicher Kranker zeigte nach mehrmonatlicher Schwankung im letzten Monate eine abermalige Minusdifferenz von 2,0 ℔.

1868 15/4. Maniak. Blödsinn. 29/7 = 112; 28/9 = 115; 24/10 = 109,5.

" " Wahnsinn (relig.) " = 120; vorher 30/5 = 134,5; 28/8 = 134,5; 24/10 = 142,0.
Wegen Unwohlsein mit Erregung zurückversetzt.

" 6/5. Secund. Blödsinn. 17/6 = 134,5; 29/7 = 121,3; 24/10 = 123,5.

" " Congen. Blödsinn. 1867 = 103; 1868 28/9 = 104,5; 24/10 = 107,5.

" " Sinnenwahn. 1868 30/7 = 127; 28/9 = 129,5; 24/10 = 128,5.

" " Maniak. Blödsinn. 1867 = 132,3; 1868 29/7 = 148; 28/9 = 146; 24/10 = 139,0.

" " Period. Manie. 1868 29/7 = 141,5; 20/8 = 140; 28/9 = 144,5; 24,10 = 143,5.

" " Congen. Blödsinn. 1867 = 111; 1868 28/9 = 113; 24,10 = 106,5.
Durch conj. catarrh. zu längerer Unthätigkeit genöthigt.

" " Period. Manie. 1868 29/7 = 159; 20/8 = 155; 28/9 = 157,5; 24/10 = 161,0.

" " Secund. Blödsinn. 1867 = 116,4; 1868 30/7 = 113; 28/9 = 114,5; 24/10 = 117,5.

" 8/6. Period. Manie 1868 19/4 = 123; 30/5 = 138; 28/9 = 143,5; 24/10 = 135,0.
Ländlicher Handarbeiter. Heilfähig.

" " Congen. Blödsinn 1868 29/7 = 113,8; 28/9 = 115; 24/10 = 109,5.
Im Juni vorübergehend Abulie mit Unpässlichkeit.

" " Congen. Blödsinn. 1868 23/7 = 106; 20/8 = 111; 28/9 = 111,5; 24/10 = 112,0.

" " Sinnenwahn. 1867 = 123; 1868 30/7 = 123,6; 20/8 = 120; 28/9 = 123; 24/10 = 123,5.

" " Verfolgungswahn. 1867 = 106,7; 1868 30/7 = 103; 28/9 = 113,5; 24/10 = 99,5,
Erkrankung an fieberhaftem Rheumatismus.

" " Secund, Blödsinn. 1868 3/2 = 147,5; 31/5 = 146; 20/8 = 142; 28/9 = 142; 24/10 = 139.

1868 15/6. Sinnenwahn. 1868 7/4 = 110; 31/5 = 120; 7/7 = 114,5; 29/7 = 112; 28/9 = 114,5; 24/10 = 119,0.
Im Juli commot. med. spin. durch Sturz vom Wagen.

„ „ Sinnenwahn. 1868 30/7 = 111,7; 20/8 = 113; 28/9 = 119,5; 24/10 = 120,0.

„ „ Blödsinn mit period. Manie. 1867 = 145; 1868 28/9 = 138; 24/10 = 143,0.
Seit Ende Juli wegen Insolat. mit katarrh. Pneumonie eingebettet; genesen.

„ „ Sinnenwahn. 1868 28/9 = 120; 24/10 = 116,0

„ „ Congen. Blödsinn. 1868 30/7 = 107; 28/9 = 109,5; 24/10 = 108,0.
Incendiarius.

„ „ Congen. Blödsinn. 1868 15/6 = 134; 29/7 = 125; 18/8 = 124; 28/9 = 124,7; 24/10 = 126,0.
Diarrh. aestiva im Juli.

„ „ Maniak. Blödsinn. rec. 24/10 = 148,5.
Wegen Fluchtversuchs alsbald zurückversetzt.

„ „ Secund. Blödsinn. 1868 29/7 = 124,4; 20/8 = 124; 28/9 = 123; 24/10 = 126,5.
70 Jahre alt!

„ „ Sinnenwahn. 1868 29/7 = 119,2; 20/8 = 122; 24/10 = 121,5.

„ 17/6. Hypochondr. Wahnsinn. 1867 = 123,5; 1868 20/8 = 117; 28/9 = 123; 24/10 = 122,5.
Als Oekonomieschreiber thätig.

„ 22/6. Congen. Blödsinn. 1868 30/7 = 120,5; 20/8 = 119; 24/10 = 109,5.
Seit Ende Aug. Typh. abdom. mit Recidiv.

„ „ Congen. Blödsinn. 1868 30/7 = 123; 20/8 = 125; 28/9 128,5; 24/10 = 121,5.
In der Anstalt genesener Epil.

„ „ Secund. Blödsinn. 1868 30/7 = 105; 28/9 = 104,5; 24/10 = 109,5.

„ „ Sinnenwahn. 1868 30/7 = 108; 28/9 = 110,5; 24/10 = 111,0.

„ 7/7. Secund. Blödsinn. 1868 18/6 = 98; 20/8 = 97; 28/9 = 101,5; 24/10 = 102,5.

1868. 8/7. Congen. Blödsinn. 1867 = 111,5; 1868 29/7 = 106,8; 20/8 = 104; 28/9 = 105,5; 24/10 = 111,5.
Incendiarius.

„ 11/7. Wahnsinn. Aphasie. 1867. = 105; 1868 28/9 = 103; 24/10 = 107,5.

„ „ Partieller Wahnsinn. 1867 = 133; 1868 20/8 = 123; 28/9 = 127,5; 24/10 = 126,5.
Mit Brandstiftung drohend.

„ „ Secund. Blödsinn. rec. 131,4.
Wegen ophth. gran. im Juli zurückversetzt.

„ „ Secund. Blödsinn. 1868 29/7 = 113,4; 20/8 = 114; 28/9 = 117; 24/10 = 115,0.
Selbstvernichtungsversuche.

„ „ Secundärer Blödsinn. 1867 = 100; 1868 29/7 = 115,8; 28/9 = 113; 24/10 = 121,0.

„ 13/7. Man. Verrücktheit. 1868 18/4 = 120; 5/7 = 104,5; 28/9 = 124,5; 24/10 = 116,0.
Seit April auf Landarbeit, seit Anfang Juli cholera nostr. mit Hydrops.

„ 21/7. Cong. Blödsinn. 1868 29/7 = 160; 20/8 = 164,8; 28/9 = 171; 24/10 = 165,0.

„ „ Man. Blödsinn. 1867 = 134; 1868 20/8 = 120; 28/9 = 128,5; 24/10 = 130,5.
Herzfehler.

„ „ Secund. Blödsinn. 1868 30/6 = 114; 20/8 = 112,5; 24/10 108,5. Emphysema pulm.

„ 23/7. Secund. Blödsinn. 1868 20/8 = 137; 28/9 = 138; 24/10 = 138,0.

„ „ Melanchol. Schwachsinn. 1868 30/7 = 112; 20/8 = 110; 28/9 = 111,5; 24/10 = 109,5.

„ 27/7 Man. Blödsinn. 1868 14/6 = 118,2; 20/8 = 114; 28/9 = 114; 24/10 = 112,5.

„ 31/7. Secund. Blödsinn. 1868 28/9 = 128; 24/10 = 124,5.

„ „ Wahnsinn. 1868. 28/9 = 124; 24/10 = 124,0.

„ „ Wahnsinn. 1868 28/9 = 101; 24/10 = 101,5.

„ 4/9. Period. Tobsucht (dipsomania). 1868 14/3 = 135/7; 30/3 = 137; 28/9 = 141; 24/10 = 134,5.
Stets an Landarbeit gewöhnt.

1868. 4/9. Congen. Blödsinn. 1868 28/9 = 117; 24/10 = 112,0.
" " Stupider Schwachsinn. 1867 = 117; 1868 28/9 = 110; 24/10 = 110,0.
Sexuelle Vergehen gegen die eigene Schwester.
" " Abulie. rec. 29/7 = 106,0; 30/9 = 102,4; 24/10 = 104,5.
Wegen Entweichung zurückversetzt.
" " Secund. Blödsinn. 1868 13/6 = 114; 28/9 = 112; 24/10 = 109,0.
" " desgl. 1868 28/9 = 110; 24/10 = 110,0.
" " desgl. 1867 = 133; 1868 28/9 = 143,5; 24/10 = 144,5.
Anthropophobie.
" " Congen. Blödsinn. 1868 28/9 = 109; 24/10 = 109 5.
" " Period. Manie. 1868 22/7 = 133; 28/9 = 159; 24/10 = 157,5.
Im Juli 1868 von längerem Urlaub zurück.
" 14/9. Wahnsinn. Verwirrtheit. 1868 31/7 = 114; 28/9 = 121,5; 24/10 = 122,0.

Da natürlich bei Auswahl der zunächst für freiere Verpflegung geeigneten Kranken auch die physische Constitution den Ausschlag zu geben hatte, insofern eine gewisse Rüstigkeit und Integrität der körperlichen Functionen zur Ueberwindung klimatischer und diätetischer Unregelmässigkeiten, wie sie anfänglich kaum zu umgehen sind, uns erforderlich schien, so ist auch das Alter der Colonisten durchaus nicht allein massgebend gewesen, wie aus nachstehender Uebersicht hervorgehen wird. Wir haben demnach aus der Altersperiode

von 17—20,	von 20—30,	von 30—40,	von 40—50,	von 50—60,	von 60—70
2	12	17	15	7	4

ausgehoben und damit so ziemlich den gleichen Procentsatz der entsprechenden Altersstufen von unserm Cötus getroffen. Nur sei noch erwähnt, dass die Mehrzahl der congenital oder nach kurzem Verlauf acuter Alienation blödsinnig Verkümmerten in den drei ersten Colonnen Platz gefunden, die letzten drei Rubriken hingegen vorzugsweise chronische oder periodische Mentalstörungen aufzuweisen haben.

Eine vorsichtige Anbahnung der neuen Errungenschaft empfahl sich uns um so dringender, als der mit und unter Irren lebende Arzt zahlreiche Beispiele sich vorzuführen vermag, durch welche die sehr verbreitete Abneigung derselben gegen Aenderung einmal angelebter Gewohn-

heiten illustrirt wird. Da nun mit der bevorstehenden Uebernahme des ersten Gutes auch die Nothwendigkeit vorauszusehen war, in die an einem und demselben Tage auf den neuen Besitzer übergehenden Pflichten für Vieh- und Landwirthschaft einzutreten, so wurde einige Zeit vor definitivem Abschluss des Kaufs eine Anzahl ausgewählter Pfleglinge mit den zur Anleitung geeigneten Wärtern dem damaligen Besitzer unentgeltlich zur Verfügung gestellt, diess Verfahren auch in gleicher Weise vor Acquisition des zweiten Gutes wiederholt. So gelang es, ohne wahrnehmbare Stockung die unter Zuziehung eines ökonomischen Experten für dienlich befundene Bestellung, so weit sie nicht bereits erfolgt war mit erprobten Kräften fortzusetzen, beziehungsweise in Ausführung zu bringen. In wieweit bisher dieser Aufgabe entsprochen worden ist, zeigt zunächst die folgende Uebersicht. Von 60 Kranken, deren 4 nur kurze Zeit in der Station verblieben und 3 nur zur Aushilfe auf wenige Tage verwendet wurden, haben wir von April bis Ende September 4649 Arbeitstage zu 8 Stunden täglich notirt. Je nach dem Datum der Verpflanzung kommen davon je 140 Tage auf 4 Colonisten, je 120 und darüber auf 11, je 70—110 Tage auf 19, je 50 und mehr Tage auf 14; der Rest ist unter der letzten Ziffer geblieben. Die hauptsächlichsten Arbeiten der Colonisten bestanden während der angegebenen Zeit in:

Düngerladen und Breiten desselben	12 Personen
Abladen von Heu und Getreide	15 "
Zuführung von Essen, Spülicht u. dergl.	8 "

als geringere Leistungen meist durch Blödsinnige ausgeführt;

Stallarbeiten	3 "
Haus- und Hofarbeiten jeder Art	8 "
Binden und Abraffen des Gemähten	17 "

von intelligenteren Kräften besorgt;

Mähen von Gras und Getreide	5 "
Heumähen und Einreuten	17 "
Dreschen	8 "

vorzüglich den eigentlichen Landbewohnern übertragen;

Kartoffellegen und Ausnehmen	32 "
Drainir- und Planirarbeiten	34 "

aus beiden Kategorieen gemischt.

Eine sehr billige Veranschlagung der vorgenannten Arbeiten würde eine Ausgabe von netto 300 Rthlr. verursacht haben, wozu sich, ohne

dass dasselbe Ergebniss überall in derselben Zeit erzielt worden wäre, etwa 7—8 gesunde Arbeiter nöthig gemacht hätten. Der Durchschnittsverdienst bei 4505 Tagen auf 53 Arbeiter, deren Eintritt in die Colonie, wie oben nachgewiesen worden, ein sehr verschiedener war, beträgt demnach überhaupt 5 Rthlr. 20 Gr. oder 2 Gr. pro Kopf und Tag.

Hieraus ergibt sich wohl mit Evidenz, dass eine bedeutend grössere Anzahl zum Theil tüchtiger Kräfte (wir zählten unter 53 Colonisten deren mindestens 10—12) durch Aufschliessung eines weiten Operationsfeldes aus einer Irrenanstalt mobil gemacht werden kann, als man — nach aus der Praxis wohl kaum entnommenen Aufstellungen — zuzugeben willens gewesen ist. Nicht minder jedoch zeigt sich hierbei die Nützlichkeit der vielfältig und in's Kleinste anregenden landwirthschaftlichen Beschäftigung auf die Kranken selbst. Nur glaube man nicht, dass wir durch Besetzung der landwirthschaftlichen Station alle nur irgend brauchbaren Elemente der Anstalt entrückt haben. Vielmehr bedürfen auch die weitläufigen und theilweis beschwerlichen Gemüsegärten und Parkanlagen, welche jetzt die Anstalt als reiche Sauerstoffquelle völlig umgeben und etwa 28—30 Morgen (32 M. 118 Q.-R. incl. Feldparcellen) enthalten, im Sommer mindestens 60 Arbeiter, unter welchen die Epileptischkranken, die wir von der Colonie völlig auszuschliessen haben, meist die rührigsten zu sein pflegen. Ebenso werden für die übrigen Haus- und Hofarbeiten etwa 50 Leute erfordert, während die eigentlichen Werkstätten: Strohflechtmanufaktur, Schuhmacher- und Schneiderstuben, Expeditionen etc. circa 60 Personen ohne Unterbrechung beschäftigen.

Die Bodenerträgnisse des neuen Areals, welches seither zum Theil nach dem Dreifeldersystem bewirthschaftet worden war und gegen 63 Acker unter dem Pflug befindliches Land und Wiese, gegen 2 Acker Gärten und $1\frac{1}{2}$ Acker Gebäude- und Hofraum enthält, bestanden im laufenden Sommer in:

120	Scheffel	Korn . . .	= 100à$5\frac{1}{12}$	Rthlr.	netto	508	Rthlr. —	Gr. —	Pf.
100	„	Weizen . .	= 100à6	„	„	600	„ —	„ —	„
30	„	Raps . . .	= 23à$6\frac{1}{2}$	„	„	139	„ 27	„ 5	„
580	„	Kartoffeln .	= 400à1	„	„	400	„ —	„ —	„
23	Schock	Gerste . .	= 40 Schff.à4	„	„	160	„ —	„ —	„
97	„	Hafer							
15	Scheffel	Erbsen . .	= 10à$4\frac{1}{2}$	„	„	45	„ —	„ —	„

10 Scheffel Wicken
200 „ Rüben
600 Centner Futterkräuter (Heu, Klee etc.)
12 Schock Krauthäupter = 12 à 20 Gr. 8 Rthlr.

Ueberdiess sind auf 2 Acker 118 Q.-R. (dem Anstaltsgemüsegarten zunächst gelegen und daher dem Gärtner zur reichlicheren Beschäftigung der ihm zugewiesenen epileptischen und sonst weniger zuverlässigen Pfleglinge überlassen) weiter erbaut worden:

5 Scheffel grüne Bohnen	=	8	Rthlr.	10	Sgr.
18 „ weisse Rüben	=	9	„	—	„
4 „ rothe „	=	2	„	20	„
4 „ Möhren „	=	5	„	10	„
50 Körbe Braunkohl „	=	16	„	20	„
40 Stück Kürbisse	=	1	„	10	„
1120 „ Kohlrüben	=	4	„	—	„

welche Erzeugnisse sämmtlich — bis auf den zum Verkauf bestimmten Raps und Weizen — für die eigentlichen Anstalts- bez. Wirthschaftszwecke Verwendung gefunden haben.

Ausser den hierzu nöthigen Feldarbeiten sind bei Verlegung der Düngerstätte aus dem Hof des grösseren Gutes 3050 K.-Ellen Erde ausgegraben und transportirt, ferner 30 Ruthen Draingraben angelegt und über 200 K.-Ellen Planirarbeiten ausgeführt worden.

Aus der Viehwirthschaft, deren Bestand allmählich von 9 auf 14 Melkkühe erhöht und noch im laufenden Jahr auf 20 Stück gebracht werden soll, wurden bis Ende September gewonnen:

1026 Kannen Sahne, 11171 Kannen Milch,
1124 „ Buttermilch, 234 Kannen Butter,
3 Schock Käse, 7 Stück Hühner, 79 Stück junge Tauben, 18½ Schock Eier, 7 Stück Kälber.

Endlich kommt noch der Erlös von Jagd- und Obstpachtgeldern, durch den Verkauf von Nutzholz etc. im etwaigen Betrage von 46 Rthlr hinzu, um die bisherige baare Nutzung der Colonie abzüglich aller in die Landwirthschaft selbst verwendbaren (Futter, Samen etc.) Naturalien bei niedrigsten Preisen (Kanne Milch à 8 Pf., Butter à 20 Gr., Sahne à 3 Gr. im Minimum auf 2717 Rthlr. 10 Gr. veranschlagen zu können.

Ungeachtet also die durch die Colonisation gebotene Ausgabe incl. Löhne etwa mit 1000 Rthlr. zu beziffern sein, und die wirthschaftliche

Anlage auf Samen, Düngemittel und Melkkühe nahezu 700 Rthlr. erfordern wird, die von den Ständen verwilligte Summe aber durch den Ankauf der Güter und die nächsten baulichen Herstellungen absorbirt worden ist, so dürfte sich am Jahresschluss noch immer ein Ueberschuss von circa 1000 Rthlr. ergeben, wenn man annehmen kann, dass durch die nunmehr vervollständigte Viehwirthschaft alle ökonomischen Bedürfnisse bis Ende des Jahres gedeckt werden.

Die Verwaltung der Oekonomie nebst Rechnungsführung ist einem unverheiratheten Oekonomie-Inspektor übertragen (mit 300 Rthlr. Gehalt und freier Station für seine Person), welchem — innerhalb fest bestimmter Grenzen — die volle Arbeitsdisposition über Verpflegte und Wärter, ingleichen nach vorheriger Vereinbarung mit dem Direktor die Aufstellung des Wirthschaftsplanes zusteht. Er registrirt unter Zugrundelegen der ortsüblichen Arbeitspreise die einzelnen Leistungen der Pfleglinge, welchen beim Monatsschlusse ein je nach den dabei erlangten Censuren bis auf den Tagesbruchtheil berechnetes Conto gut geschrieben wird. Ebenso hat derselbe mit dem Zwecke der Niederlassung harmonirende Erweiterungen und Veränderungen im Wirthschaftsbetriebe vorzuschlagen, wobei die Fähigkeit und allseitige Verwendbarkeit der ihm zu Gebote stehenden Kräfte auf das Genaueste im Auge behalten und als die Basis aller wirthschaftlichen Unternehmungen festgehalten wird. Vollständiger wird diess Ziel erst vom nächsten Jahre ab zu erreichen sein, wo durch Eintheilung des Landes in 8 grössere Schläge à 6½ Acker in gleicher Weise für den rationellen Fruchtwechsel gesorgt werden kann. — Auf die glückliche Wahl einer zu allen diesen Obliegenheiten geeigneten Persönlichkeit kommt allerdings viel an. Wir haben durch besondere Gunst der Umstände alle Ursache, die getroffene Auswahl eine besonders vortheilhafte zu nennen, wie sich diess in der Bereitwilligkeit und dem Entgegenkommen der Pfleglinge selbst zur Genüge abspiegelt. Dem Inspektor zur Seite steht der Oberwärter, zugleich als Wirthschaftsvoigt verwendbar und mit der Oberaufsicht über Wohn- und Schlafräume beauftragt. Des letzteren Frau, als Wirthschaftsgehilfin angestellt, besorgt und leitet das Milchgeschäft, die Fütterung, das Buttern etc. und versieht die heimkehrenden Arbeiter mit Kaffee und Butterbrod etc., zu welchen Geschäften ihr eine Magd beigegeben ist. Ein Pferdeknecht für die 4 Ackergäule endlich nimmt eine Zwischenstellung zwischen einem gewöhnlichen Knecht und einem Wär-

ter ein, insofern er mehrere besonders ausgewählte Verpflegte zur richtigen Behandlung der Thiere, zum Ackern u. dergl. anzuweisen und mit ihnen gemeinsam zu hausen hat. Sonst sind auf der Colonie gegenwärtig 4 Wärter stationirt, zu denen nach Erfüllung der vorläufig auf 64 bis 66 festgesetzten Zahl der Colonisten noch 1 (also etwa 1 : 13, in der Anstalt dagegen 1 : 10) hinzukommen wird. Je einem ist auf beiden Gütern die Unterhaltung der Ordnung und Reinlichkeit im Innern, die Sorge für die Garderobe, das Vorrichten der Mahlzeiten u. s. w. übertragen, wogegen die übrigen, aus dem Landvolk entnommen, mit den einzelnen Abtheilungen auf Feld- und Gartenarbeit ausziehen und in sachgemäser Ausführung derselben vorangehen.

Die Tagesordnung wird hauptsächlich durch die vorliegenden Arbeiten bestimmt, daher im Allgemeinen zur Winterszeit von der Tageslänge abhängig sein müssen; nur die Beschickung der Pferde, Kühe und Schweine kann erheblichen Schwankungen kaum unterliegen. — Die Centralanstalt hat die Colonisten auch ferner mit Speise und Trank, mit Wäsche und Kleidung zu versehen, was der noch kleinen Colonie die kostspielige Herstellung und Unterhaltung einer eignen Küche nebst allen Accidentien und Unzuträglichkeiten, welche mit der Herbeischaffung, Zubereitung und Vertheilung der Mahlzeiten unvermeidlich verknüpft gewesen wären, erspart. Dafür kann den externen Verpflegten eine ihren Anstrengungen entsprechende, wie zeitgemässe Kostzulage gewährt werden, welche in den schwereren Arbeitsperioden als Sporn und Ausgleichung dienen wird, analog den bereits im Sommer l. J. gemachten Erfahrungen. Der Transport der Speisen erfolgt von der Centralküche weg mittelst eines nach dem Muster der Norweg'schen Wärmeapparate construirten fahrbaren Speisekastens, welcher den Inhalt der Colonie in gleicher Temperatur, die er bei der Ausspeisung hatte, durch ausgewählte Pfleglinge, im Winter mittelst eines Pferdes, zuführt. Ebenso wird es mit der Wäsche gehalten. — Die Beleuchtung der Wohnstuben geschieht durch mit Photogen gespeiste Hängelampen, die der Fluren und Vorplätze durch verschlossene Laternen. Die Heizvorrichtungen der Oefen, soweit sie den Verpflegten im Innern der Stuben zugängig sind, sind ebenfalls verschliessbar gemacht, um das Verschleppen von Kohlen und brennenden Holzspänen zu verhüten. Das Heizmaterial wird meist aus nahegelegenen, sehr brauchbares Braunkohlenholz liefernden Gruben käuflich entnommen. Mit Trink- und Spülwasser versorgen

die Colonie vier Brunnen und mehrere Teiche, welche sämmtlich während des vergangenen trocknen Sommers selbst für die bedeutend verstärkte Bevölkerung ausgiebig genug geblieben sind.

Der Kirchenbesuch fällt den Colonisten trotz der Entfernung von dem Anstaltsgotteshaus um so weniger beschwerlich, als sie gewahr werden, dass die übrigen in die Stadt eingepfarrten Dorfbewohner die gleiche Entfernung nach ihrer Kirche zurückzulegen haben. Ebenso werden die Sonntagsnachmittage mit weiten Spaziergängen in der anmuthigen Umgegend verbracht, auch verweilen die Colonisten Abends bis zum Eintritt der Dunkelheit ausserhalb der Güter in Gärten und Lauben ohne Beschränkung. Nicht minder wird für intercurrirende Festlichkeiten gesorgt, z. B. durch ein solennes, im Freien mit Tanz und Illumination abgehaltenes Erntefest, wobei die Beamten der Anstalt in feierlichem Zuge unter Musik eingeholt wurden, und die Verpflegten in ihren blauen Blousen mit bekränzten Strohhüten um den mit ländlichen Emblemen reich ausgestatteten Erntewagen sich recht stattlich und vergnügt ausnahmen. Für die Abkürzung der Winterabende werden gesellige Spiele sorgen, soweit nicht die Colonisten an den in der Anstalt stattfindenden Festlichkeiten theilnehmen wollen: denn auch hierin wird ihre Freiheit gewahrt bleiben.

Von der förmlichen Etablirung eines Arztes auf dieser ländlichen Niederlassung ist aus mehreren Gründen abzusehen gewesen. Denn einerseits liegt die Anstalt so nahe, dass die genaueste Ueberwachung von hier aus zu jeder Zeit möglich ist, und wöchentlich ein dreimaliger längerer Besuch von Seiten des Arztes in der Colonie, wozu durch die Munificenz des Ministeriums ein Wagen disponibel gemacht wird, für gewöhnlich hinreicht. Zweitens würde bei dem noch geringen Umfange der ländlichen Station die beständige Anwesenheit eines Arztes in derselben sich sowohl unpraktisch, als für diesen selbst unbefriedigend erweisen. Ueberdiess liegt in der Auswahl der leitenden Persönlichkeiten die sichere Garantie, dass bezüglich der ganzen Führung der Colonie die Intentionen des dirigirenden Arztes auf das Genaueste zur Ausführung kommen. –

So nun ist unsere Colonie geworden und erwartet das billige Urtheil der Fachgenossen. Die Vorzüge des Zusammenlebens in wenigen Baulichkeiten, welche gleichwohl eine durch Bildungsstand und Gewohnheiten gebotene Trennung gestatten, vor der übrigens weit kostspieligeren

Unterbringung in kleineren Farmen leuchtet wohl Jedem ein, der die gegebenen Verhältnisse kennt und berücksichtigt, dass dazu erst eine entsprechende Anzahl williger und eingeweihter, auch wohlwollender Familien, denen man die Geisteskranken ohne gewichtige Bedenken überlassen könnte, vorhanden oder herangebildet sein müsste. Denn, wie günstig auch äussere Bedingungen auf den Irren zu wirken vermögen, was sich ja so oft besonders nach der Aufnahme eines aufgeregten Kranken in die Anstalten erweist, — das Irresein wird als das Spiegelbild des durch abnormen Ablauf der Hirnfunctionen nach dem Gesetz der Nothwendigkeit veränderten Seelenlebens immer genug des Rapiden, Unerwarteten, Widerwärtigen und Unverstandenen für den Laien bieten, um den regelmässigen Verkehr mit solchen Kranken nur Wenigen erträglich erscheinen zu lassen, deren Mehrzahl wiederum keineswegs nur dem uneigennützigen Wunsche, diesen meist gemiedenen Kranken nützlich zu werden, folgen, sondern aus Noth oder Gewinnsucht sich in das Unvermeidliche fügen würde.

Zum Schluss soll nicht unerwähnt gelassen werden, dass in nächster Zeit weitere Verbesserungen unserer Colonie vorzuschlagen sein möchten. Vor Allem wird man suchen müssen, die gegenwärtig vielfach getrennten Feldparcellen, Gärten und Wiesen je nach Umständen auszutauschen oder durch weiteren Ankauf die zwischengelegenen zu gewinnen. Die fernere Ausdehnung ländlicher Unterbringung und die ökonomische Erspriesslichkeit drängt ohnehin zum Erwerb grösseren Areals, wozu das gewählte Dorf bei seiner Abgeschlossenheit und dessen nur etwa 140—160 Acker sächs. umfassendem Feldbesitz einer- und der Nähe eines sich dicht an unsere Felder und Gärten anschliessenden Hölzchens andererseits wohl ausreichende Gelegenheit bieten wird. Denn schon jetzt lässt sich voraussehen, dass nach wenig Jahren, welche zufolge der Melioration und Drainirung der Grundstücke eine grössere Zahl von Arbeitern beschäftigen lassen, nur eine Vergrösserung des Terrains der Forderung entsprechen kann, wonach wir mindestens 1½—2 Acker für den Kopf anzunehmen uns nach den bereits gewonnenen Erfahrungen bestimmt finden müssen. Kaum bedarf es noch des Hinweises darauf, dass dann auch die Verwaltungskosten, da sie durch ein Areal von 200—250 Ackern gegen jetzt kaum erheblich steigen dürften, sich angemessener vertheilen und den Grundbesitz nicht mehr unverhältnissmässig belasten werden.

Beitrag zur Pathologie der Gehirntumoren.

Von Dr. Le Blanc, zweiter Assistent im Asyle des Dr. Brosius zu Bendorf.

(Schluss.)

Eine Zusammenstellung aller bis zum Jahre 1862 über produktive Processe an den Uebergangsgefässen des Gehirns gemachten Beobachtungen finde ich in der Mittheilung von *Th. Billroth*: Ueber eine eigenthümliche gelatinöse Degeneration der Kleinhirnrinde nebst einigen Bemerkungen über die Beziehungen der Gefässerkrankungen zur chronischen Encephalitis". Derselbe fasst seine und anderer Forscher Beobachtungen folgendermassen zusammen: „Die Adventitien der kleineren Arterien und der Uebergangsgefässe sind der häufigste Sitz von Zellenwucherungen, deren weiteres Geschick ein sehr verschiedenes sein kann:

1. Die neuentstandenen kleinen runden Zellen, die sich überall bilden, wo überhaupt eine Neubildung statthaben soll, können in dieser primaeren Form bleibend sich in grossen Massen anhäufen. Es findet sich dies nicht selten in höherem Maasse an den Gefässen, welche an der Innenfläche eines hydropischen Ventrikels gelegen sind.

Diese Entdeckung wurde zuerst von *Virchow* gemacht; ich habe dieselbe wiederholt bestätigen können.

2. Von diesen Zellwucherungen aus kann es nun auch zu einer Entwickelung von neuer bindegewebiger Intercellularsubstanz kommen, welche, wenn sie aus faserigem Bindegewebe besteht, eine einfache Verdickung der Adventitia zur Folge hat.

Die jungen Zellen werden dann auch wohl spindelförmig und sind anderen Bindegewebszellen durchaus analog. Ist die neugebildete Intercellularsubstanz hyalit, schleimig, so entsteht eine Adventitia von Schleimgewebe: die oben beschriebene Form an der Kleinhirnrinde.

3. Es bleibt nicht immer bei diesen einfachen Verdickungen stehen, sondern es entstehen zuweilen zottenartige, kolbige Auswüchse von den erkrankten Adventitien, entweder aus faserigem Bindegewebe (vergl. z. B. die Beobachtung von Luschka in *Virchow's* Arch. Bd. 16 p. 73) oder aus Schleimgewebe, die vielfach abgebildeten Kolben aus dem Cylindrom.

4. Bei diesen Veränderungen der Adventitien tritt zuweilen ein partieller Schwund der Kreismuskeln der kleineren Arterien auf: es entstehen kleine Aneurysmen (man vergl. beispielsweise *Virchow's* Abbil-

12 *

dungen in dessen Archiv. Taf. 4; sowie seine Arbeiten über Arterien-Entzündung und Atherom.)

5. Die Zellenwucherung in den Gefässadventitien bleibt sehr circumscript; nebeneinander entstehen viele kleine Heerde der Art mit centralem moleculaerem Zerfall: wir haben dann die wahren Tuberkel.

6. Die circumscripten Zellenwucherungen bilden sich zu höheren Geweben um, so dass Sarkome, Carcinome daraus hervorgehen, beide Geschwulstformen im Hirn mit grosser Neigung zur Verkäsung, und daher nicht immer gleich von Tuberkel zu unterscheiden."

Dr. *Rudolf Arndt* theilt in *Virchow's* Archiv 1867 zwei Fälle von allgemeiner Paralyse mit, bei denen er in der rechten Hemisphaere am Uebergang der grauen in die weisse Substanz Einlagerungen grauer gelatinöser Körperchen von Hirsekorn- bis Linsengrösse fand, welche sich zerrupfen liessen in Convolute von Schuppen, Röhren, Knoten und kleine Bruchstücke feiner, röhren- und walzenförmiger, öfter verzweigter Gebilde, die mit den kleinsten Gefässen und Kapillaren in Zusammenhang erschienen und zwar so innig, dass man den Uebergang derselben sehr genau beobachten und sie als Umbildungen derselben erkennen konnte. An den Uebergangsgefässen hatten sich zunächst im Adventialraume Zellen angehäuft, welche allmälig breiter und dicker geworden waren und zuletzt eine kolossale Ausdehnung angenommen hatten. Bei dem Drucke jedoch, den die Zellen in dieser Gestalt von ihrem Inhalte sowohl, als auch von ihrer Nachbarschaft her erfuhren, zerrissen diejenigen, welche die grösste Ausdehnung erlitten, also die an der Peripherie gelegenen. Die äusserste Zellenlage, welche am meisten diesen Druck auszuhalten hatte, ohne von den Seiten gestützt zu werden, zerklüftete deshalb vollständig und zerfiel in jene unregelmässigen Bruchstücke.

Auf Grund meiner Untersuchungen dürfte zwischen *Billroth's* No. 3 und 4 etwa folgendes eingereiht werden können:

An den Uebergangsgefässen des Hirns können auch die Epithelzellen der Lymphräume vorzugsweise in Wucherung gerathen und die Gefässe scheidenartig umgeben. Von den erkrankten Gefässen bilden sich dann zahlreiche neue und alle erhalten einen Epithelüberzug. Weiterhin (zu No. 6) kommt es dann zur Bildung von schleimiger Intercellularsubstanz und dem Auftreten von spindelförmigen Zellen in derselben, die durch gegenseitige Anastomosen der Geschwulst je nach ihrer Menge ein höher oder niedriger organisirtes Ansehen verleihen können.

Aehnliche productive Processe hat man sehr oft in chronisch encephalitischen Heerden gefunden. Ueber diese sagt *Billroth*: „Wenngleich sich bei den encephalitischen Heerden die zerfallenen Elemente des Gehirns fast immer sehr gleichartig gestalten, so ist doch der äussere Habitus ein oft sehr verschiedener. Man findet z. B. ein zierliches Gerüst, dessen Maschen von einer emulsiven, verschieden gefärbten Flüssigkeit gefüllt sind (zellige Erweichung); das Gerüst selbst besteht, wie ich es in Wien früher Gelegenheit hatte, zu untersuchen, aus Gefässen von verdickten Wandungen und angelagerten Spindelzellen. In anderen Fällen besteht der Heerd mehr aus einer verschrumpften käsigen Masse; auch hier findet man die Gefässwandungen entartet, mit Spindelzellen besetzt, die wiederum fettig degeneriren, verschrumpfen können."

Solche Gefässerkrankungen fehlen nach *Billroth* bei den verschiedenen Formen chronischer Encephalitis nie, und glaubte er desshalb, dass in der Regel die Gefässerkrankungen in diesen Heerden das Primäre, die Veränderung der Nervensubstanz das Sekundäre sei, zumal bei der sog. zelligen Erweichung *Durand-Fardels*. Wenn man aber bedenkt, dass solche Processe auch in der Umgebung von verschiedenartigen Tumoren sich fanden; wenn man diese Bildungen fast nur in zerfallener Gehirnsubstanz beobachtete, so darf man auch die Annahme nicht ganz von der Hand weisen, dass in der zerfallenden Hirnsubstanz die Gefässe erhalten und zu produktiver Thätigkeit angeregt werden können.

Krankengeschichte.

X. 20 Jahre alt, litt bis zu seinem 13. Jahre an skrophulösen Erscheinungen — Drüsenanschwellung, Conjunctivitis, Eczema Capitis, häufiges Nasenbluten. — Diese Erscheinungen waren ganz verschwunden, als bei dem Pat. bei jeder kleinen Erregung — wenn ihn Jemand scharf ansah, oder plötzlich anredete — ein äusserst heftiger Kopfschmerz auftrat. Dabei wurde der Kopf dunkel roth, die Temperatur desselben bedeutend erhöht. Der Patient bezeichnet den Schmerz als spannend, pressend, nervenzerreissend. Derselbe dauerte anfangs nur wenige Minuten, später mehrere Stunden und hatte nach 2—3 Jahren nur sehr kleine Intervallen. Durch Bewegungen des Kopfes wurde derselbe stärker, wesshalb der Patient oft lange Zeit mit unbewegtem Kopfe auf einen Punkt hinsah. Ebenso wurde der Schmerz gesteigert durch Pressen beim Stuhl, es trat alsdann Schwindel, selbst Bewusstlosigkeit ein;

so wurde Pat. im Pensionate, in dem er sich in seinem 13. und 14. Jahre befand, mehrmals ohnmächtig auf dem Abtritte gefunden. Als er aus dem Pensionate nach Hause zurückgekehrt war, bemerkte man an ihm eine permanente Unruhe, er konnte keine Viertelstunde im Zimmer bleiben, sondern suchte stets das Freie, weil ihm der Kopf zu dumpf und schwer, die ganze Haut brennend heiss sei. Auch an keiner Beschäftigung hielt sich Pat. längere Zeit. 1865 ging er auf ein Comptoir, im September 1866 nach England, Anfangs 1867 wieder in seine Heimath. Weder durch Roborantia, noch durch Chinin, das dem Pat. eine Zeit lang gereicht wurde, besserte sich der Zustand; durch kalte Douchen wurde der Schmerz erheblich gesteigert, einmal sogar wurde der Patient durch eine solche ohnmächtig.

Kalte Bäder vermehrten gleichfalls den Schmerz und steigerten die melancholische Stimmung, welche schon in England an ihm beobachtet worden war. Es wurde ihm desshalb das Asyl des Dr. *Brosius* in Bendorf-Sayn empfohlen. Während seines Aufenthaltes im Asyle resp. in der Colonie Sayn beobachtete man Folgendes:

Pat. gut genährt, kräftig gebaut; Gesichtsknochen und Muskeln auffallend stark entwickelt. Spuren von Skrophulose nicht vorhanden. Das Gesicht sehr oft dunkelroth, Temperatur des Kopfes erhöht, und zwar abwechselnd auf der einen Seite beträchtlich höher, als auf der anderen. Die Pupillen oft auffallend weit und plötzlich ausserordentlich eng. Resultat der ophtalmoskopischen Untersuchung absolut negativ. Während der Anfälle von Kopfschmerz starke Hyperästhesie der Haut; Pat. klagt oft über brennende Hitze des Körpers, ohne objektiv nachweisbare Temperatursteigerung. In der ersten Zeit oft lautes Träumen und plötzliches Aufschreien während der Nacht, später guter Schlaf; doch Morgens beim Erwachen beginnt die heftigste Cephalalgie mit ziehendem Schmerz in der Magengegend. In der letzten Zeit oft Zucken der Gesichtsmuskeln, Beben der Unterlippe und des Unterkiefers; häufiges Einschlafen der Hände und Füsse; zuweilen Gefühl von Pelzigsein und Kribbeln in denselben; oft Zucken der Extremitäten der rechten Seite, so dass Patient während des Spazierens plötzlich mit dem rechten Beine nach Innen schlägt und mit der rechten Schulter und dem rechten Arme eine zuckende Stossbewegung macht. Objektiv lässt sich nichts Abnormes an den Extremitäten konstatiren.

Therapie: Ein Haarseil, bei dessen Durchziehen der Patient nicht

den geringsten Schmerz, sondern eher eine angenehme Empfindung zu haben behauptete; Digitalis, Chinin etc. Psychischerseits zeigten sich bis zum Mai melancholische Erscheinungen: Traurig in sich versunken sass Pat. oft am Wege auf einem Steine, war in beständiger Angst um seine Zukunft und äusserte oft den Entschluss, sich an einem bestimmten Tage das Leben zu nehmen, schob jedoch diesen Termin immer wieder um einige Tage hinaus. Seit Mai ging diese Melancholie allmälig in einen Zustand von Exaltation über: Pat. singt und pfeift wegen der heftigen Schmerzen, so dass er in der ersten Zeit den Eindruck eines Simulanten auf mich machen musste. Er spricht bei jeder Gelegenheit von seinen guten Geistesanlagen, seinem schöpferischen Genie; er würde, nachdem seine Krankheit durch eine Krisis, die in einem Nervenfieber bestehen werde, beendet sei, die schönsten Kompositionen verfertigen. „Ich werde dann triumphiren über alle die, welche mich jetzt für geisteskrank halten, ich werde die Nervenkrankheiten gründlich studiren und die Beobachtungen über meine und meiner Umgebung Krankheiten in einem vortrefflichen Werke veröffentlichen. Diese Beobachtungen werden sicherlich die ganze medicinische Welt interessiren, da meine Krankheit, wie ein Arzt mir sagte, nicht in den Büchern steht.

Dass die Kopfschmerzen in unserem Falle auf das Gehirn zu beziehen sind, unterliegt zunächst keinem Zweifel. Es ist ein auf dem Scheitel und der Stirn fixer, spannender, zerreissender Schmerz, mit wechselnder Intensität, mit einer allgemeinen Hyperästhesie der Haut, der durch körperliche und geistige Erregung zunimmt, durch Pressen auf dem Stuhle, durch heisse Temperatur, durch erhitzende Speisen und Getränke, nach festem Schlafe, der nachlässt beim Ruhighalten des Kopfes, zu dem sich motorische Störungen hinzugesellten, die besonders auf der rechten Seite hervortraten. Nebenher die psychische Erkrankung, anfänglich Melancholie, später ein Exaltationszustand. Zwar existirt nun unter den Krankheitszuständen des Gehirnes, mit Ausnahme der Atrophia cerebri, keiner, der nicht begleitet von Schmerz beobachtet wäre, doch lässt in unserem Falle der ganze Verlauf nur an drei Arten von Gehirn-Erkrankung denken: Neoplasma, Encephalitis oder chron. Hydrocephalus.

Chron. Encephalitis ist fast in allen Fällen dann unwahrscheinlich, wenn Kopfverletzung nicht vorausgegangen, und Caries des Felsenbeines nicht nachzuweisen ist. Es findet sich am Kopfe des Pat. keine Narbe,

keine Verdickung in den Hautdecken, keine Vertiefung im Knochen, oder sonst etwas Verdächtiges, die Anamnese enthält keine Andeutung auf eine Verletzung.

Ein chron. Hydrocephalus beginnt meistens akut, in Folge von Meningitis, nur äusserst selten entwickelt er sich schleichend und allmälig. Ferner vermisst man bei diesem wohl kaum Störungen der Sinne und besonders der Augen. Ist der Hydrocephalus einmal in eine chronische Periode getreten, so bietet er keine Remissionen dar, auf ihn haben kalte Douchen in der Regel einen wohlthätigen Einfluss, führen wenigstens keine Steigerung der Schmerzen herbei.

Vermittelst Ausschlusses wären mir also zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines *Tumors* gekommen, doch ist es eben auch nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. *Bamberger* sagt mit Recht, „dass bis jetzt die Diagnose der Hirngeschwülste mit wenigen Ausnahmen meist mehr eine Vermuthung, als eben eine Diagnose sei."

Die westpreussische Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz.

Nach dem officiellen Rechenschaftsberichte vom 11. September 1867, den wir der Güte des Anstalts-Direktors Dr. *Brückner* verdanken, war

der Krankenbestand am 1. September 1864		249
Aufgenommen wurden bis zum 1. Sept. 1867		256
Summa		505
Es schieden aus geheilt	71	
gebessert	30	
ungeheilt	45	
durch den Tod	73	
		219
Bestand am 1. September 1867		286

Unter den frischen Fällen, d. h. denen, die noch nicht länger als 6 Monate vor der Aufnahme in der Anstalt gedauert hatten, kamen fast noch einmal so viel Todesfälle, und mehr als noch einmal so viel Heilungen vor, als unter den veralteten Fällen, d. h. denen, die länger als 6 Monate vor der Aufnahme in der Anstalt gedauert hatten. Indessen

wurden selbst von den über 2 Jahre alten Fällen noch 16% geheilt und 20% gebessert, so dass eine zweijährige Krankheitsdauer keineswegs zur Präsumtion der Unheilbarkeit berechtigt.

Die Prognose der Rückfälle und wiederholten Erkrankungen ist nach den Erfahrungen in Schwetz, in Uebereinstimmung mit anderen Anstaltsberichten, nicht nur nicht so ungünstig, als man bisweilen annimmt, sondern viel günstiger, als die der erstmaligen Erkrankungen; die Heilungen der wiederholten Erkrankung waren häufiger, und die Zeit der Heilung kürzer. Während, wie früher nachgewiesen, die durchschnittliche Verpflegungszeit in Schwetz für einen geheilten Kranken 260 Tage beträgt, kommen auf einen Geheilten, welcher schon frühere Anfälle zu überstehen hatte, nur 210 Tage.

Von 169 aus der Heilanstalt *) ausgeschiedenen Kranken waren

40,82% geheilte,
31,36% ungeheilte,
14,79% gebesserte,
13,01% gestorbene.

Von den 36 ausgeschiedenen rückfälligen und wiederholt erkrankten Irren waren

69,44% geheilte,
13,88% ungeheilte,
8,33% gebesserte,
13,01% gestorbene.

Auch ist die Zahl der Wiedererkrankungen nicht so bedeutend, als man häufig anzunehmen geneigt ist; immerhin ist eine grosse Anzahl konstanter Heilungen vorhanden, und in der grossen Mehrzahl der Wiedererkrankungen liegen so bedeutende Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen, dass man in Bezug auf sie überhaupt von Rückfällen nicht wohl sprechen kann

Die im Juli 1867 in Westpreussen angestellte Irrenzählung wies unter 680 in der Provinz befindlichen Geisteskranken, darunter 54 Personen, die früher in Schwetz waren, nur 6 Irre nach, welche, als geheilt von Schwetz entlassen, in ihrer Heimath rückfällig geworden sind.

---

*) Schwetz ist Heil- und Pflegeanstalt. Unter obigen 505 Kranken waren 205 in der Heil-, 255 in der Pflege-Anstalt.

Unter den Krankheitsursachen (bei den 250 präsumtiv heilbaren Kranken) figuriren u. A.

Missbrauch von Spirituosen in	15	Fällen
Vorhergegangene syphilitische Infection	14	"
Akute Krankheiten (Typhus, Masern, Pocken etc.) .	8	"
Puerperperale Vorgänge	27	"
Krankhaft verlängerte oder verspätete Pubertäts-Entw.	15	"
Kopfverletzung	5	"
Gemüths-Affekte	20	"

Unter den 505 verpflegten Kranken konnte bei 172 erbliche Anlage nachgewiesen werden. Mehre von diesen Kranken haben Angehörige, welche in schwere sittliche Vergehen verfallen sind.

Von den 73 durch den Tod ausgeschiedenen Kranken starben

8 an hämorrhagischer Meningitis,

17 an chron. Hydrocephalus mit Periencephalitis,

24 an allgemeiner und Lungentuberkulose,

die übrigen an Apoplexie (2), hypostat. Pneumonie (2), Cholera (5), Marasmus (2), Morb. Brightii (1) etc.

43 Todesfälle kamen auf die wärmere Jahreszeit (April-Sept.), 30 auf die Monate Oktober-März. Seit Eröffnung der Anstalt im Jahre 1855 bis zum 1. September 1867 starben daselbst 216 Kranke, davon in der Winterperiode 89, in der Sommerperiode 127, wonach der Schluss gerechtfertigt erscheint, dass die wärmere Jahreszeit den Verlauf tödtlicher Gehirnprozesse mehr als die kältere beschleunigt. Die Zahl der verstorbenen Tuberkulösen war auf Sommer und Winter gleich vertheilt.

Von 241 innerhalb 12 Jahren geheilten Kranken wurden 110 im Winterhalbjahre, 131 im Sommerhalbjahre entlassen, so dass die wärmere Jahreszeit auch auf die Beschleunigung des Heilprocesses günstig zu influiren scheint.

Innerhalb der drei letzten Jahre wurden in Schwetz aufgenommen im Winter-Semester 108, im Sommer-Semester 148, während der letzten 12 Jahre im Winter 368, im Sommer 527. Dieses ist eine Bestätigung für die auch anderwärts gemachte Beobachtung, dass das Frühjahr und der Beginn der warmen Jahreszeit die Entstehung von Gehirn-Affectionen und, bei schon vorhandenen, die Exacerbationen derselben vorzugsweise begünstigen. Auch innerhalb der Anstalt fanden zu derselben

Zeit die meisten Exacerbationen statt, ausserdem aber auch in sehr vielen Fällen die günstigsten Wendungen zur Besserung, resp. Heilung.

Bei der im Juli 1867 vorgenommenen, allerdings noch unvollständigen und mangelhaften Irrenzählung, bei der ein grosser Unterschied in der Sorgfalt und Genauigkeit in den einzelnen Kreisen der Provinz obwaltete, ergab sich, dass die Gesammtzahl der Irren der Provinz, mit Ausschluss der Kranken in Schwetz, 680 betrug, mit Einschluss derselben (269) 949. Von den 680 Kranken (342 M. 338 W.) in der Provinz sind von Geburt oder früher Kindheit an irre 380 (215 M. 165 W.), während 300 (127 M. 173 W.) an später erworbenem Irresein leiden. Es überwiegen also die idiotischen Männer die idiotischen Frauen, umgekehrt die im späteren Alter irre gewordenen Frauen die entsprechenden Männer. Die Gesammtbevölkerung Westpreussens betrug nach der letzten Zählung 1,253,118; mithin kommt auf 1320 E. ein Irrer; in den letzten drei Jahren wurde von 694 einer in der Provinzial-Irrenanstalt verpflegt.

Die städtische Bevölkerung Westpreussens hat 51,82%, die ländliche 48,17% zu der Bevölkerung der Irren-Anstalt beigetragen. Nach der letzten Volkszählung betrug aber die städtische Bevölkerung 25%, die ländliche 75% der Gesammt-Bevölkerung. Somit verwenden die Städte mehr Sorgfalt auf die Pflege ihrer Irren, als das platte Land. Aus den Städten werden auch eine verhältnissmässig grössere Zahl frischer und heilbarer Fälle, aus den ländlichen Bezirken dagegen mehr unheilbare Pfleglinge aufgenommen.

Ebenso stellte sich ein erhebliches Missverhältniss zwischen der deutschen und polnischen Nationalität in der Irrenanstalt heraus. Nach der Volkszählung von 1861 befanden sich in der Provinz 67,58% Deutsche, 32,42% Polen, dagegen wurden in der Irrenanstalt 82,79% Deutsche und 17,20% Polen verpflegt. Von der gesammten Irren-Bevölkerung der Provinz gehörten 78,57% der deutschen, 21% der polnischen Nationalität an. Ist auch anzunehmen, dass in der gesteigerten geistigen Entwicklung eines Volkes auch eine Steigerung der Ursachen zu Gehirnkrankheiten implicirt sein dürfte, und unterliegt es auch keinem Zweifel, dass die deutsche Bevölkerung der polnischen an Kultur im Allgemeinen weitaus überlegen ist, so dürfte dies allein doch keine genügende Erklärung für die angegebene Differenz abgeben, sondern, da auch eine geringere Neigung der slavischen Race überhaupt zu Gehirnkrankheiten nicht nachgewiesen ist, der richtigste Erklärungspunkt wohl

der sein, dass die polnische Bevölkerung der Irren-Zählung die meisten Schwierigkeiten entgegen gebracht habe, und jene desshalb unvollkommener ausgefallen sei. Dass die polnische Bevölkerung für die Irrenpflege weniger Interesse als die deutsche hat und deswegen verhältnissmässig weniger Kranke nach der Irrenanstalt sendet, ist in früheren Berichten bereits nachgewiesen.

Das Vorkommen des Irreseins nach dem Civilstande betreffend, ergab sich, dass 15,68% ledige Personen mehr, und von den verheiratheten Personen 17,58% weniger irre werden, als nach dem Bevölkerungsprocente zu erwarten wäre, und liegt somit der Schluss nahe, dass die Ehe in gewissem Grade einen Schutz gegen das Irresein gewähre, womit auch das Procentverhältniss der verwittweten und geschiedenen Irren zu der Gesammtzahl der verwittweten und geschiedenen Personen in der Provinz, welche von jenen um 1% übertroffen werden, übereinstimmen würde, da sie der konservirenden, wohlthätigen Einwirkungen des ehelichen und familiären Lebens verlustig geworden sind.

Das scheinbare Missverhältniss zwischen der Zahl der evangelischen und der katholischen Irren basirt auf einer ungleichen Sorgfalt in der Zählung, da die katholische Bevölkerung überhaupt für ihre Irren im Allgemeinen eine geringere Sorgfalt als die evangelische an den Tag legt. Es waren nämlich von den in Schwetz in den letzten drei Jahren verpflegten Kranken 66,88% evangelische, 23,01% katholische Irren, so dass also 12,29% katholische Irre weniger in die Irrenanstalt aufgenommen worden sind, als nach der vorhandenen Irrenbevölkerung zu erwarten war.

Nach der Volkszählung vom 3. Dec. 1864 waren in Westpreussen überhaupt 49,20% evangelische, 47,46% römisch-katholische, 2,18% jüd. Bewohner, 1,13% andere Konfessionen (Menoniten, Dissidenten), nach der Irrenzählung von 1867 hingegen 55,53% evangelische, 35,30% katholische, 7,08% jüdische Irre; 2,10% gehörten andereren Konfessionen an. —

Dass in dem katholischen Bekenntnisse ein gewisser Schutz gegen das Irresein liege, ist nicht anzunehmen, da z. B. im Elbinger Kreise schon auf 795 kathol. Einw., im Carthauser Kreise erst auf 4752 Katholiken ein Irrer kommt, ferner in mehren Kreisen die katholische Bevölkerung verhältnissmässig mehr Irre, als die evangelische enthält.

Auffallend ist das ungemein ungünstige Verhältniss der irren Juden

zu der allgemeinen Bevölkerung. Während nach der Zählung von 1867 auf je 1775 Katholiken und 1170 Evangelische 1 Geisteskranker zu rechnen ist, kommt schon auf 409 Juden ein Irrer. Ein ebenfalls sehr ungünstiges Verhältniss bieten die Mennoniten, welche die letzte Volkszählung auf 10,974 angibt, und von welchen nach der Irrenzählung 17 Geisteskranke nachgewiesen wurden, so dass auf 645 Mennoniten ein Irrer kommt.

Bei den Juden sowohl, wie bei den Mennoniten dürften hierbei wohl die ungemein häufigen Heirathen unter Blutsverwandten in Betracht kommen, wodurch unzweifelhaft der Keim zu Gehirn- und Nervenkrankheiten gelegt wird. Auch kommen bei ihnen verhältnissmässig die meisten Fälle vererbten Irreseins vor.

Hephata, die evangelische Heil- und Pflege-Anstalt für schwachsinnige Kinder in M. Gladbach

Regierungsbezirk Düsseldorf.

8. Jahresbericht p. 1867.

In der Sitzung des Verwaltungsrathes vom 12. Febr. 1868 wurde die Gründung eines *Asyles*, d. h. *eines Beschäftigungshauses für ältere Blödsinnige* beschlossen. Dieses Asyl soll in der engsten, wechselseitig einwirkenden Verbindung mit der Heilanstalt errichtet und geleitet werden Jede gut organisirte Heilanstalt für Blödsinnige erfordert zu ihrem Abschluss ein solches Asyl. Der Vorsitzende des Verwaltungsrathes bittet um milde Beiträge zur Erreichung dieses Zweckes, und wünschen auch wir, dass reichliche Beiträge eingehen.

Der bisherige Arzt der Anstalt Herr Dr. *von d. Nahmer* ist durch unheilbare Erkrankung an der Fortsetzung seiner Thätigkeit in der Anstalt, deren Gedeihen ihm vom ersten Beginne an stets sehr am Herzen lag, leider gehindert. Sein Nachfolger ist Herr Dr. *H. Wolff.*

Es schieden aus der Anstalt 22 Kinder; 5 starben in der Anstalt, 5 wurden ohne Aussicht auf Besserung den Ihrigen zurückgegeben; 4 von den entlassenen Kindern waren konfirmirt und erwerbsfähig, 7 mehr oder minder gebessert, aber ohne Aussicht auf Entwicklung bis zur

Confirmations- und Erwerbsfähigkeit; ein Kind starb, krank nach Hause gebracht, bei den Seinen.

Es wurden neu aufgenommen 31 Kinder, so dass die Zahl der Zöglinge am Schlusse des Jahres 1867 98 betrug, gegen 89 ultimo 1866.

Es waren im verflossenen Jahre 80 Anmeldungen eingelaufen; 9 Personen wurden zurückgewiesen wegen Ueberschreitung des bildungsfähigen Alters; 12 Kinder mussten als epileptisch, 2 als völlig hoffnungslos abgewiesen werden; 23 Anmeldungen waren am Schlusse des Jahres noch unerledigt; 34 Anmeldungen waren angenommen; 31 Kinder traten im Laufe des Jahres ein.

An manchen von ihnen ist der wohlthätige Einfluss des Anstaltslebens schon wahrzunehmen. Von den angeblichen Verkehrtheiten, Eigensinn, Starrköpfigkeit, Zucht- und Schamlosigkeit, Widerspenstigkeit, thätliche Widersetzlichkeit, finsteres, verschlossenes, menschenscheues Wesen etc., ist bei Einzeluen nichts zu merken. Die armen Wesen wurden eben durch falsche und oft auch böswillige Behandlung zu dem gemacht, was ihnen nachher als eigne Schuld angerechnet wird. Schwäche wird vielfach für Faulheit, Nichtkönnen für Nichtwollen angesehen, und das Kind danach behandelt.

Der Unterricht der Kinder erstreckt sich nach wie vor auf die Elementargegenstände: Biblische Geschichte, Katechismus, Lesen, Schreiben, Zählen, Singen, Memoriren, Formenlehre und Zeichnen.

Zu den Beschäftigungen, die schon seit Jahren üblich waren, kam noch die Schneiderei, so dass die Knaben jetzt gleichzeitig auf sechs verschiedenen Arbeitsstuben beschäftigt werden. Die kleinsten Knaben fertigen unter Anleitung einer Wärterin Fidibusse oder zupfen Charpie. Aus dem Erlös der Arbeiten der Knaben ergab sich im Jahre 1867 ein Ueberschuss von 94 Thalern.

Ausser einer Epidemie von Blennorrhoe der Augen, die in der ganzen Gegend herrschte und mit Aetzmitteln und adstringirenden Wässern behandelt wurde, sind epidemische Krankheiten in der Anstalt nicht aufgetreten.

Bei den so häufigen Paralysen und Paresen der Kinder wandte Dr. *Wolff* in ausgedehnter Weise die inducirte Elektricität an, die wohl das Schwinden der Muskulatur verzögerte, ja auch zum Stillstand brachte, auf das centrale Leiden dagegen keinen Einfluss hatte. Gegen die theils

periodisch theils vereinzelt auftretenden Krämpfe hat sich bis jetzt kein Mittel bewährt. Die Narcotica allein lindern.

Ein Zögling leidet periodisch an einer so vollständigen Depression des Centralorganes, dass er weder selbstständig isst, noch trinkt, noch aufsteht, noch ein Wort spricht, noch überhaupt irgend eine Lebensäusserung thut, die nur der geringsten Energie von seiner Seite bedürfte. Die Herzthätigkeit kann dabei allmälig bis auf die Hälfte der Pulse herabsinken. Die Temperatur bleibt fast normal. Früher trat nach ungefähr 14 Tagen eine ziemlich plötzliche Besserung des Zustandes ein. Als Dr. *Wolff* diesen Anfall das erste Mal sah, behandelte er ihn mit grossen Chinindosen. Der Zustand erreichte nicht seine frühere Stärke. Pat. stand schon am 3. Tage auf, liess sich ankleiden, sprach zuweilen ein Wort; der Puls sank nicht unter 50. Der Knabe besserte sich in einigen Tagen allmälig, nicht wie früher plötzlich, so weit, dass er wieder seiner gewohnten Lebensweise zurückgegeben werden konnte. Ein zweiter Anfall kam nur andeutungsweise, und am zweiten Tage schon war er beendigt.

Ob hier die Medikation Einfluss hatte, muss die Zukunft lehren.

Aus der Rechnungsablage für 1867, welche der Anstaltsbericht in Einnahmen und Ausgaben specificirt enthält, bemerken wir hier nur dass die ersteren im Ganzen 16200. 24. 8, letztere 16355. 6. 2. betrugen. Indessen figuriren unter den ausserordentlichen Ausgaben 1246. 17. 6, für gekaufte 5% Staatsanleihe und 2200 Th. für zurückbezahlte Kapitalien. Die Schulden betrugen am 1. Jan. 1868 bei der Rhein. Provinzialhilfskasse 3300 Thl. zu $4\frac{1}{2}$% verzinslich.

Literatur.

Vierteljahrsschrift für Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Central-Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medicin. Herausgegeben von Prof. Dr. *Max Leidesdorf* und Docent Dr. *Theodor Meynert*. II. Jahrg. I. Heft. Mit drei lithographirten Tafeln und vielen Holzschnitten. Neuwied und Leipzig, 1868. Druck und Verlag der J. H. Heuser-schen Buchhandlung.

Inhaltsverzeichniss. Dr. *Tigges:* Einige statistische Data in Betreff des Selbstmordes in der Verwandtschaft von Geisteskranken, bei Geisteskranken selbst, nebst kritischen Bemerkungen zu *Ad. Wagner*'s Statistik der Selbstmorde in dessen Werk: Die Gesetzmässigkeit in den scheinbar willkürlichen menschlichen Handlungen etc. Hamburg 1864 (Schluss). Dr. *Lion sen.:* Ueber Monomanien. Prof. *E Mach:* Ueber die Abhängigkeit der Netzhautstellen von einander. Dr. *C. H. Hoffmann:* Einige Mittheilungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei Geisteskrankheiten. Prof. *H. Beer:* Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der gerichtlichen Psychologie. 1. Vortrag, gehalten am 28. März 1868 in dem Verein für Psychiatrie in Wien. Sanitätsrath Dr. *Droste*: Ein widerwärtiger lästiger Querulant. Dr. *Karl Bettelheim:* Ein Fall von Echinococcus cerebri. Docent Dr. *Th. Meinert*: Der Bau der Gross-Hirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten, nebst einem pathologisch-anatomischen Corollarium (Schluss). Casuistik Die Streitschrift des Sanitätsrathes Dr. *Lähr* »Fortschritt? und Rückschritt!« und die Streitschrift des Geheim. Rathes Professor *Griesinger* „Zur Kenntniss der heutigen Psychiatrie in Deutschland“ nebst einigen Bemerkungen über *Griesinger*'s „Irrenanstalten etc.“ Miscellen. Protokoll der Monats-Versammlung des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien am 25. April 1868. Protokoll der Hauptversammlung des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie am 28. Mai 1868. Protokoll der Monatsversammlung vom 27. Juni 1868. Die Windungen der konvexen Oberfläche des Gehirnes. Erklärung der Abbildungen. Errata aus dem 1. Jahrgange.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.



Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.



Redaction:

Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Herausgeber:

Dr. Friedrich Betz in Heilbronn a/N.

Elfter Jahrgang 1869.

Heilbronn.

Druck und Expedition der Schell'schen Buchdruckerei.

Inhalt.

I. Original-Mittheilungen.

	Seite
Zwei traurige Erfahrungen in einer Irrenanstalt	1
Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit der N. R.	17
Ueber die Bedeutung der Irrenanstalten etc.	33
Gutachten über J. G. Glaeser	49
Langdauernde schlafähnliche Zustände	65
Zur Lehre von der Päderastie	97
Das melancholische Element im Irresein . . . 113. 129. 145.	161
Zur No-Restraint-Frage	177
Ueber die Aufgabe der Sachverständigen bei gerichtlichen Interdictionen	182

II. Kleinere Mittheilungen.

Venäsectionen bei Irren	15
Ophthalmoskopische Befunde	15
Prognostische Bedeutung der Pupillendifferenz	24
Ueber Irresein vor der Pubertät	31
Geruchshallucinationen bei Epilepsie	32
Idioten-Anstalt zu Möckern	45
Morphium-Einspritzungen	59
Französische Asyle unter religiösen Orden	69
Bromkali im epileptischen Irresein	74
Epilepsie mit schwerer Seelenstörung	78
Langdauernde Lethargie	80
Cannab. ind. bei Delir. trem.	89

	Seite
Geisteskranke in der Freiheit	90
Zu frühe Entlassung aus der Anstalt	91
Elektricität gegen Irresein	92
Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen	93. 104. 121
Selbstmord in der norddeutschen Armee	95
Aus Warschau	96
Unheilvolle Thaten Geisteskranker	107
Chloral	108
Psychiatr. Section in Innsbruck	111
Das Publikum und die Irrenanstalten	138
Ueber den Umgang mit Geisteskranken	143. 158. 169
Die psychiatrische Lokalversammlung in Stuttgart	156
Fall von Folie circulaire	168
Manie nach Dilatation des Coll. uteri	173
Akuter Alkoholismus	173
Zur Casuistik	174
Psychosen nach Ileo-Typhus	175
Asyl des Dr. Brosius zu Bendorf	190
Zwei schwer zu rettende Geisteskranke	192

III. Excerpte, Referate.

Die Schles. Provinzial-Anstalt Bunzlau	29. 42
Dr. A. Levy: Irrenkolonien und Familial-Verpflegung etc.	45
Dr. Goullon: Grundriss der Geisteskrankheit	96
Dr. Henne: Beiträge zur Behandlung der Psychoneurosen mit Opium	81
Sir William Penn von Ormuz	124
Alexander Ecker: Die Hirnwindungen des Menschen etc.	159

Nr. 1. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Zwei traurige Erfahrungen in einer Irrenanstalt. — Kleinere Mittheilungen. — Anzeige.

Zwei traurige Erfahrungen in einer Irrenanstalt.

Mitgetheilt von Direktor Dr. Voppel zu Colditz.

I.

Ein sowohl an sich, als durch seine Folgen höchst beklagenswerthes Ereigniss, welches bereits dem grossen Publikum aus unkundiger Feder zugeführt worden ist, glaubt der Vorstand der Irrenanstalt, welche zum Schauplatze menschlicher Leidenschaft werden musste, den Fachgenossen um so weniger vorenthalten zu dürfen, als dasselbe die dringende Nothwendigkeit interpretirt, bei der Wahl von Irrenwärtern sich nur von den Rücksichten auf die Kranken leiten zu lassen. Diess zu erreichen muss Rath geschafft werden, dass es namentlich den grösseren Irrenanstalten nie an geeigneten Leuten für diesen Beruf fehle, wofür wir einige Vorschläge zur Prüfung vorlegen und um weitere Vervollständigung dahin zielender zweckmässiger Massregeln gebeten haben wollen.

Am 12. Juli vor. J. starb in hiesiger Anstalt ein Kranker, der, nach einem von Grund aus lüderlichen und verbrecherischen Leben schon vor langen Jahren einmal wahnsinnig, seit Mitte 1866 die unzweifelhaften Symptome des Höhenwahns mit tobsüchtiger Färbung dargeboten hatte und desshalb Anfang 1867 unserer Pflege überwiesen worden war. Obwohl bei der hier vorgenommenen Exploration bei jedem

Neuaufgenommenen ausser den Merkmalen geschwächter Motilität im linken Gesicht und einer mehr beim Gehen hervortretenden Neigung des Körpers nach links — weitere augenfällige Lähmungserscheinungen nicht zu eruiren waren, so prägte sich doch in der Unbeschränktheit der Wahnvorstellungen, in der masslosen Erhebung der Persönlichkeit über alles Gegebene, wie in der charakteristischen Toleranz gegen Widerspruch der Grössenwahn in seinem späteren Stadium so unverkennbar aus, dass der lezte Ausgang des Centralleidens als nicht sehr ferne anzunehmen war. Inzwischen stieg der Krankheitsverlauf, wenn man von kurzen Anfällen gewaltsamen Dranges zu entweichen und einzelnen plötzlichen Angriffen auf Wärter und Pfleglinge, welche durch Illusionen motivirt schienen, absah, in ruhigere Bahnen hinab, in welchen allmählige gänzliche Verödung der Intelligenz den physischen Untergang noch etwas aufzuhalten vermag.

Allein Anfang vor. J., zur Zeit der grossen Sonnenwärme, hob urplötzlich eine stürmische Periode an mit den lebhaftesten Aeusserungen heiterer Glückseligkeit, unausgesetztem Drange, sich auszukleiden und zu entweichen, deren correlater Begleiter als rasch zunehmende motorische Lähmung zur dauernden Isolirung des Kranken nöthigte. Hier widerstand er lärmend und ersichtlicher Schwäche ungeachtet jeder Annäherung und Hilfsleistung des Wärters, der daher stets weiteren Beistandes bedurfte. So erforderte und unterhielt er immer neue Anstrengungen des Dienstpersonals, sie im nächsten Augenblicke abermals vereitelnd. Am Morgen des 11. Juli fand ich den Kranken auf einem (bei uns in den Zellen gebräuchlichen) Gurtsessel sitzend mit allen Anzeichen des raschen Collapses und verordnete die schleunige Herstellung eines ordentlichen Lagers, die weiteren Massregeln dem zweiten Arzte, welcher dieser Abtheilung als ordinirender vorstand, überlassend. In der Nacht vom 12. zum 13. verschied der Kranke, wie ich nicht anders glauben konnte, zufolge eingetretener Lungenhypostase, wie sie meist zu Cerebro-Spinalleiden hinzutritt. — Bei der am 13. Nachmittags von dem vorgenannten Arzte gemachten Obduction ergab sich zunächst ausgebreitetes Hämatom der dura mit theilweis frischflüssigem Blut und periencephalitis diffus. mit hydrocephal. intrn. (188 Gramm). Als unmittelbare Todesursache mussten aber die schweren am Brustkorbe vorfindlichen Verletzungen angesehen werden, denn nicht nur die Mehrzahl der Rippen — und einzelne sogar doppelt — war frakturirt, sondern

auch der obere Theil des Sternums quer durchgebrochen, durch die membrana propr. noch zusammengehalten; Costalpleura und -Muskeln von den theilweis zugeschärften Bruchenden der dünnen und wenig haltbaren Rippen durchrissen; mässiges Extravasat in den Muskeln, dagegen mehr und besonders links etwa 195 Gramm flüssiges und halbgeronnenes Blut in den Pleurahöhlen; die pleura pulmon. am mittleren und unteren Theile mit schwacher fibrinöser Schicht belegt. In den mässig blutreichen Lungen neben Oedem einige mehr central gelegen, ei- bis apfelgrosse, cirkumskripte Entzündungsheerde der unteren Lappen, deren blassrothe Farbe und Derbheit auf eine frühere Entstehung hinwies.

Bei der unverzüglich angestellten Untersuchung dieses Vorfalls berichtete der erst kurze Zeit im Dienst befindliche, etwas unbeholfene und ziemlich unwissende Hilfswärter, welchem unter Anleitung des Hauptwärters einer ganz nahe gelegenen epileptischen Abtheilung die besondere Dienstleistung bei dem Verstorbenen für Tag- und Nachtzeit übertragen war, in sehr unwahrscheinlicher Weise, dass der Kranke selbst durch Herabstürzen vom Sessel (einem niedrigen Würfel mit Gurt überspannt) sich die Verletzungen selbst zugezogen haben müsse. Dem Einwand gegenüber, warum er diess dem ordinirenden Arzte nicht mitgetheilt, konnte er diese Behauptung nicht aufrecht erhalten und gerieth in Schwanken. Für uns Aerzte war unzweifelhaft, dass so zahlreiche und sogar Doppelfrakturen, besonders auch der Querbruch des Brustbeins, nur durch wiederholte grosse Gewalt mit besonderer Richtung auf den Thorax bewirkt sein könnten. Endlich lenkte sich von dem erst in Untersuchung gezogenen Menschen der bestimmteste Verdacht auf jenen Wärter, dem zunächst die Besorgung der nur wenige Schritte entlegenen Theeküche anvertraut, und welcher, wie er nicht leugnen konnte, wiederholt zur Unterstützung des ersteren herbeigerufen worden war. Hauptsächlich drängte das ernste und gemeinschaftliche Auftreten mehrerer Wärter, welche auf die That bezügliche Aeusserungen zwischen beiden Verdächtigten erfasst hatten, den ängstlichen Hilfswärter zu der Wahrheit nahekommenden Aussagen. Demnach sollte der Verstorbene in grösster Heftigkeit sich dem Auskleiden widersetzt und dadurch ihn, den Wärter, gezwungen haben, Hilfe herbeizuholen. Der in der Küche beschäftigte Wärter sei dazu bereit gewesen und habe sich gerühmt, den wolle er schon zur Ruhe bringen. (Als aber auch die nun vereinten

Bemühungen keinen bessern Erfolg gehabt, sei der herbeigerufene Wärter wüthend geworden und habe mit dem Gurtsessel wiederholt auf den mit dem Rücken auf der Dielung liegenden Kranken eingeschlagen, ohne sich durch die Abmahnung des anderen irre machen zu lassen. Diess sei am Abend des 10. geschehen, wo gerade eine Festlichkeit im Anstaltsgarten für die Pfleglinge abgehalten wurde, und daher die nachbleibenden Spuren der verübten Gewalt ohne Besorgniss vor augenblicklicher Entdeckung leicht beseitigt werden konnten. Der von dem Thäter, einem entschlossenen, körperlich kräftigen und bei allem Mangel an sittlicher Bildung sehr gewandten Menschen eingeschüchterte Wärter schwieg völlig über den Vorfall. Ebenso wenig wusste er sich darüber zu erklären, wer denn den Kranken am nächsten Morgen angekleidet und auf den Sessel gesetzt habe, wo ich ihn bei meiner Visitation der Zelle vorfand. Ein Geständniss der Unthat war von dem sich nun als kecken Lügner entpuppenden wahrscheinlichen Thäter nicht zu erlangen. Doch war die freche Rohheit, mit der er den Hauptzeugen gegen ihn gleich nach dem Verhöre auf seinem Posten überfiel und rachsüchtig misshandelte, dazu kommende Handwerker aber allen Ernstes bedrohte, wenn sie gegen ihn aussagen würden, ein fernerer Beweis, dass dieser Mensch bei einmal erwachter Bestialität zu Allem fähig sein müsse. Auch in der öffentlichen Gerichtsverhandlung beharrte er beim Leugnen der That, die er vielmehr dem Hauptzeugen unterzuschieben und so denselben zu verdächtigen verstand. Ueberhaupt bewahrte er die Entschlossenheit, Gedächtnisstreue und gewandte Erfassung jeder Handhabe, die er zur eignen Vertheidigung oder auch zur Anschuldigung und Verdächtigung Anderer geeignet erkannte, vom Anfang bis zu Ende einer 36stündigen Vernehmung in wirklich erstaunlicher Weise. Nunmehr aber kam erst an den vollen Tag, wie mehrfach bestraft und abgefeimt dieser Mensch vorher gewesen, welcher bei seiner Anmeldung zum Anstaltsdienste sich mit anscheinend aufrichtiger Reue eines früheren Eigenthumsvergehens anklagte und nach ausgestandener Strafe um Unterstützung in seinem Vorsatze der Besserung bat, was durch sein gewinnendes Aeussere und Verhalten nicht wenig unterstützt wurde. Dieselbe Täuschung widerfuhr mit Hilfe derselben Mittel schon vorher mehreren denkenden und achtbaren Männern. Dass er bei uns Annahme fand, erschien wegen des steten grossen Mangels an geeigneten Wärtern und der Nothwendigkeit, bei der Auswahl oft nur die physische Qualifikation

zu berücksichtigen, um so eher gerechtfertigt, als auch schon früher ehemalige Sträflinge dem Anstaltsdienste versuchsweise zugeführt worden waren. Gibt es doch in Sachsen einen Verein höchst ehrenwerther Männer, mit der besonderen Aufgabe, den aus Strafanstalten Entlassenen zum Wiedereintritt in eine gesetzliche Existenz zu verhelfen. Nicht verschweigen will ich jedoch, dass die hierbei von uns gemachten Erfahrungen nicht eben günstig gewesen sind, insofern zwar die eigentlichen Arbeitsleistungen solcher Personen im Ganzen befriedigend und selbst vorzüglich waren, die anfänglich gute und resignirte Haltung aber meist bald in das Gegentheil und selbst in eine leidenschaftliche Erregung umschlug, was wohl die ausgestandene mehr weniger lange Haft mit der Nothwendigkeit gänzlicher Unterordnung unter eine strenge Disciplin erklärlich macht. Kurz, auch in unserem Falle überwog das dringende Bedürfniss die gerechten Bedenken, welche man über die Placirung nicht mehr unbescholtener Personen im Irrenwartdienst hegen muss. Durchgängig ist aber die Kenntniss über das frühere Verhalten solcher in den Anstaltsdienst eintretender Leute eine so mangelhafte, dass deren Annahme nur zu häufig versuchsweise geschehen muss, will man nicht ganz ohne Nutzen sehr fühlbare Lücken in der Dienstleistung verewigen. Eine Anstalt grösseren Umfangs kann desshalb auch die baldige Besetzung eingetretener Vakanzen im Wartdienst nicht lange beanstanden, weil die wachsende Arbeit und Vertretung die zurückgebliebenen Wärter drückt oder fahrlässig macht, nicht geringer Verwirrung in Wäsche, Garderobe und Requisiten aller Art gar nicht zu gedenken.

Wie diess auch andern seitab von dem grossen Verkehr gelegenen Anstalten gehen wird, so hat die Anstalt Colditz den stärksten Wärterzugang besonders aus einer Richtung zu erwarten, hier aus den umliegenden und bis in das untere Gebirge hin reichenden Weber- und Strumpfwirkerdistrikten, deren Bevölkerung nicht eben in physischer und intellektueller Beziehung hervorragt. Jede Gewerbsstockung bringt uns zahlreiche und dringende Gesuche um Verwendung als Wärter aus diesen Gegenden zu, und die Noth zwingt uns oft, das Anerbieten anzunehmen. Nun ist kein Zweifel, dass der Irrenwartdienst die seltenste Vereinigung glücklicher Eigenschaften mit einer sonst beispiellosen Resignation erfordert, und eine Vergleichung mit den an andere Krankenwärter zu stellenden Anforderungen die letzteren als sehr begünstigt erscheinen lässt. Denn, soll der Irrenwärter tagüber zu einer fortdauernd

genauen Beobachtung seiner Pfleglinge d. h. zu einem steten Zusammenleben mit ihnen verpflichtet sein, durch welches er akuten und rapiden Anfällen einzelner Irrer zunächst ausgesetzt bleibt, aber auch ihren chronischen Verdächtigungen, Belästigungen und Störungen seines Tagewerks fortwährend unterliegt, so kann ihm auch weder zur Esszeit, noch Nachts die volle Ruhe und Sicherheit gewährleistet werden, auf welche jeder Mensch nach vollbrachtem Tagewerk gerechten Anspruch macht. Dabei soll er alle Zeit diejenige Ruhe und Umsicht bewahren, durch welche er den verschiedensten Angriffen, Unbilden, ja Gefahren der Irren die Spitze abbrechen und seinen Pflichten nach jeder Richtung hin genügen kann. Wie ganz anders ist das Verhältniss des am täglichen Verkehre mit Irren nächstbetheiligten Arztes! Zunächst ist dieser ein gebildeter, an Selbstbeherrschung und Unterdrückung leidenschaftlicher Empfindlichkeit gewöhnter Mann. Dann betrachtet er seine Kranken vom Standpunkt tieferen Verständnisses ungewöhnlicher Seelenregungen an ihnen, sie sind ihm Gegenstand wissenschaftlicher Ergründung. Endlich lösen in seiner Thätigkeit so viele Geschäfte mit ihrer Beziehung auf die Irrenpflege einander ab, dass er zu dem persönlichen Verkehr mit seinen Irren immer wieder neue Anregung und frischen Eifer mitbringen kann. Ueberdiess soll ihm eine Zeit der Erholung, sei es zu eignem Studium, zu geistigem Austausch mit anderen Personen oder zur Rast in der eignen Familie unverkümmert bleiben, was Alles dem armen Wärter, der getrennt von den Seinen leben muss, nur bei dem knapp zugemessenen Urlaube eingeräumt werden kann — Und — aller dieser dem Irrenarzt verbleibenden Vortheile ungeachtet — wer von uns wollte leugnen, dass er sich bei gewissen Kranken und deren oft Monden lang fortgesetzten Anfeindungen, masslosen Schmähungen und schmutzigen Anspielungen gegen seine und ihm nahestehende Personen immer und immer wieder deren Gemüthszustand lebhaft vergegenwärtigen muss, um auch für diese stets gerechter und vorurtheilsfreier Beurtheilung fähig zu bleiben? —

Also sei man auch billig gegen die Irrenwärter, stelle sich ihr unaufhörliches Märtyrerthum vor und erwarte nicht, dass diese Selbstverleugnung so ohne Weiteres um der Sache willen, der sie dienen, geübt werde. Sind doch die von ihnen geforderten Eigenschaften so widersprechend, dass sie sich wohl kaum in einer Person vereinigt denken assen, ja wohl selbst einander auszuschliessen scheinen, z. B. persön-

licher Muth und geduldiges Ertragen anscheinender Vexationen und dergl. m. So lange aber das Irrsein die bisherigen Bahnen, welche wir uns als Alterationen cerebraler Vorgänge denken, wandelt, also in den scheinbar unmotivirtesten Handlungen sich entäussert, sowohl der Art als dem Grad nach die unerwartetsten Störungen jeder menschlichen Ordnung hervorruft, ja aller Sitte entgegen momentanen Affekten und Impulsen, wie freigewordenen Trieben ungehemmten Lauf lässt, — so lange wird auch ruhiger Widerstand gegen diese Ueberschreitungen — sei es mit, sei es ohne eigentliche Beschränkung — unerlässlich und erste Bedingung des Heilverfahrens, damit aber auch eine missbräuchliche Anwendung der entgegenstrebenden, zur Erhaltung der Ordnung berufenen, Thätigkeit nicht ganz ausgeschlossen sein, da nur zu leicht leidenschaftliche Wallung die unsichere Grenze nothwendiger Abwehr verkennen lässt. Diese Betrachtung, als Ergebniss längerer Erfahrung, und der Hinblick auf das Gros der zu Gebote stehenden Irrenwärter lässt mich auch jetzt noch an der durchgängigen Ausführbarkeit jener Massregeln zweifeln, welche den „Zwang durch Apparate" ganz entbehrlich machen sollen.

Wie gelangen wir aber — und namentlich für grosse Anstalten, wie sie nun einmal bestehen — in den Besitz solcher Wärter, die mit ausreichend geistigem Fond auch Neigung und Entsagung genug zu diesem schweren und mindestens ungewöhnlichen Berufe besitzen, um erstlich verständiger und treulicher Ausführung, ja Unterstützung der ärztlichen Behandlung gewiss, und zweitens vor brutaler Vergewaltigung der Kranken möglichst gesichert zu sein? Daran schliesst sich die ebenso dringende Frage, durch welche Mittel wir dem bei männlichen Wärtern so häufigen und störenden Wechsel (bei uns im Jahre fast 80⁰/₀) zu begegnen vermögen?

Die Errichtung von Irrenwartschulen hat schon längst als zu kostspielig und im Erfolge allzu unsicher zurückgestellt werden müssen, zumal es als ausgemacht gelten kann, dass Irrenwärter nur in der Anstalt selbst zu ihren Dienstleistungen herangebildet werden können. Aber wohl gibt es Vorschulen, durch welche gewisse Eigenschaften, wie Pünktlichkeit, Ordnungsliebe, Gehorsam und Beachtung der Dienstvorschriften, in den jüngeren Männern strenger fixirt und nicht selten auch für spätere Lebensperioden als Grundzüge in dem älteren Manne bewahrt bleiben. Ich meine die dem Militärstande entnommenen älteren

Mannschaften, welche noch immer die meiste Zuverlässigkeit, Brauchbarkeit und Gewandtheit im Irrenwartdienst gezeigt haben. Freilich steht ihrer allgemeinen Einführung die lange Wehrpflicht entgegen, zufolge deren sie zn Uebungen, Mobilisirungen u. s. w. eingezogen, durch ihren plötzlichen Massenaustritt kaum ausfüllbare Lücken hinterlassen und augenblicklichen Stillstand in dem geordneten Anstaltsleben verursachen. Dagegen wüsste ich nur ein Mittel: dass die als bewährte Wärter von den Directionen empfohlenen und in öffentlichen Irrenanstalten eingestellten Militärpersonen der Landwehr gleich anderen, nicht ersetzbaren Civilbeamten behandelt und nicht einberufen würden, sobald sie sich zur Fortsetzung ihres dermaligen Dienstes geeignet zeigen und dazu verbindlich machen. Ein solche Vinculirung würde zugleich einer etwaigen Umgehung der Militärpflicht begegnen, welche sie im freiwilligen oder unfreiwilligen Entlassungsfalle nachzuholen haben würden. Dass die aus dem Sanitätskorps zur Landwehr oder Reserve übertretenden Leute sich noch ganz besonders empfehlen und, im Kriegsfalle der Armee wieder zugeführt, derselben ein recht wohlgeübtes Hilfspersonal zur Krankenwartung sichern, dürfte den Vorständen des Militär-Sanitätswesens nicht entgehen, und würde sie leichter bestimmen, ihren Einfluss auf die befähigteren Leute nach dieser Richtung hin geltend zu machen. Zunächst müssten die Landesregierungen für einen solchen Plan interessirt und die geeigneten Verhandlungen darüber gepflogen werden. — Da ferner eine grössere Anstalt voraussichtlich nicht allein aus den sich anmeldenden Militärpersonen dieser Kategorie ihren oft genug augenblicklichen Bedarf an Wärtern beziehen kann, so möchte es an der Zeit sein, bis zum Zustandekommen eines allgemeinen Irrengesetzes den eigentlichen Obrigkeiten die Verpflichtung aufzulegen, allen Personen, welche ihre Absicht, einen Irrenwartdienst zu suchen, bei ihnen kund geben, ein ausführliches Zeugniss über ihre Moralität und allgemeine Befähigung auf Grund eigener Bekanntschaft oder zuverlässiger Erhebungen auszustellen. Bisher musste der sogenannte Verhaltschein, auf das letztvergangene Jahr sich beschränkend, mit seiner allgemeinen Phrase „des Nichtvorkommens strafwürdiger Handlungen“ als ausreichend betrachtet werden. Gebildetere Personen, als gerade arbeitslose Tagearbeiter oder heruntergekommene, durch Darniederliegen einzelner Gewerbszweige zur ersten besten Unterkunft genöthigte Leute, melden sich fast nie, und dann sind es gebrochne, durch Unglücksfälle zu anderer

erfolgreicher Thätigkeit unfähige Menschen, an welchen die Anstaltsorganisation geweckte und gesundkräftige Glieder nimmer gewinnen wird.

Damit bei diesen Anmeldungen wenigstens in der Richtung der Moralität ein schnelles Urtheil möglich wird, ist die Beibringung eines eingehenden Attestes unumgänglich. Die Anstaltsverwaltungen sind meist nicht in der Lage, bis zum Eingang solcher Zeugnisse die Sache in der Schwebe zu lassen: es müsste daher auf dem Verordnungswege die Ausstellung dieser Führungsatteste anbefohlen und durch zeitweilige öffentliche Bekanntmachung von Seiten der Anstaltsdirection auf ein solches Erforderniss für die etwaigen Bewerber hingewiesen werden. Zur Unterstützung dieser Massregeln und für die Erhaltung eines guten Wartpersonals ist ausser der Gewährung höherer Lohnsätze (wie sie wohl bereits überall Eingang gefunden), und der liberalen Handhabung einer ausreichend dotirten Pensionseinrichtung (deren auch wir uns seit Kurzem erfreuen) meiner Ueberzeugung nach noch die Beschaffung eines ruhigeren Unterkommens nach längerer, etwa 10jähriger Dienstzeit unerlässlich. Die Aussicht, alsdann eine gesicherte Häuslichkeit zu finden, wird für nicht wenige Männer, die vor der Endlosigkeit ihres Dienstes in der geschlossenen Anstalt zurückschrecken und durch die dereinstige Pensionirung allein nicht zu fesseln sind, viel Gewinnendes haben.

Da unsere deutschen Verhältnisse wohl kaum die Anlegung umfänglicher Irrenkolonien gestatten werden, in denen ehemaligen Anstaltswärtern durch Ueberweisung von Land die Rolle der nourriciers zufallen könnte, so dürfte ihre Verwendung an den zahlreichen Bezirks- und städtischen Krankenhäusern und ähnlichen Humanitäts- und Besserungs-Anstalten ernstlich in's Auge zu fassen sein, wo sie als Aufseher, Pfleger, Hausväter u. dergl. mit ihren Familien zusammenleben und sich nützlich machen können, ohne bei fernerweit gutem Verhalten des Anrechts auf Pensionirung verlustig zu gehen. Werden endlich die Urlaubsverhältnisse günstiger gestaltet, als sie es dermalen sind, so dass es den Anstalten durch Erhöhung der wirklich erforderlichen Wärterzahl ermöglicht wird, den im Orte und dessen nächster Nähe Wohnenden wöchentlich einen halben, in entfernterer Gegend Heimischen aber alle 14 Tage einen Tag u. s. w. ohne Lohnabzug zu ihrer Erholung zu gewähren, so dürfte namentlich den verheiratheten Personen die Trennung von ihrer Familie weniger schwer ankommen. Gewiss wäre es auch dem Gefühl der Familienanhänglichkeit, wie der Wiedergewinnung

von Ruhe und Liebe zum Berufe förderlich, wenn — jedenfalls ohne Lohnentziehung — den bewährten und mehrjährig gedienten Leuten in 1—2jährigen Perioden ein achttägiger Urlaub zugestanden würde, der ihnen gestattet, ihren eignen kleinen Angelegenheiten nachzugehen und den Pflichten als Familienväter zu genügen, sowie sich aller der im Dienst unvermeidlichen Unannehmlichkeiten nebst ihren Folgen auf das Gemüth zu entschlagen. Freilich wird man neben diesen eigentlichen Irren- oder Stationswärtern immer noch ein Hilfskorps von Beiwärtern bedürfen, denen die zahlreichen häuslichen Verrichtungen, die Aufsichtsposten bei den Arbeiten der Pfleglinge und die Beistandleistung in jedem Falle aufzugeben sein werden. Sie werden am besten aus dem Stande der Handarbeiter und niederen Gewerbe entnommen. Ist es auch gewiss, dass der äussere Anstrich grösserer Sauberkeit, ja selbst der Zierlichkeit in Frauenabtheilungen sehr zu Gunsten weiblicher Hilfskräfte überhaupt spricht, so hat man doch bei uns lange vorher, ehe dieselben aus den männlichen Abtheilungen anderer öffentlicher Anstalten verwiesen wurden, diese Vorzüge wegen der grossen Nachtheile in sittlicher Beziehung als untergeordnet betrachten und sich mit männlicher Unterstützung behelfen lernen. Diese Einrichtung hat zur Folge gehabt, dass seitdem auch viele männliche Pfleglinge bereitwillige Hilfe in Handreichungen aller Art geleistet haben, die sie den Mägden zu versagen geneigt blieben. Wir z. B. haben bei der Ausdehnung des Anstaltsgebietes und dem schwierigen Terrain, einschliesslich der neuen Meierei, mindestens 80 männliche Wärter (auf 720 männliche Verpflegte) nöthig, von denen etwa 30—36 als vorzugsweise verantwortliche, mit dem Irrenwartdienst betraute Personen anzusehen sind. In den älteren Gebäuden ist beinahe jede Möglichkeit abgeschnitten, dass sich die einzelnen Stationswärter ohne Vernachlässigung der nächsten Pflichten rasch gegenseitig unterstützen können. Auch gebietet die enorme Zahl der Epileptischen (110—120), der Gelähmten (durchschnittlich 60) und unreinlichen Kranken natürlich die Aufstellung einer verhältnissmässig grossen Anzahl von Beiwärtern, so dass mancher Abtheilung, je nach den ihnen zufallenden Arbeiten und Erschwerungen, 3—4 Gehilfen ausser dem Hauptwärter zugetheilt werden müssen.

Um nun eine ausreichende Controle zu üben und in den entlegensten Abtheilungen dieselbe Ordnung und Regelmässigkeit des Dienstes zu erzielen, darf je nach Lage und Grösse der Anstalt das Verhältniss



der Oberwärter nicht zu knapp bemessen werden. Den Oberwärtern, am besten aus den intelligentesten und zuverlässigsten Wärtern selbst hervorgehend, ist die Anleitung und Ausbildung der letzteren zu übertragen, da gerade sie ihre Untergebenen am verständlichsten zu unterweisen und bei ihrem ausschliesslich der Aufsicht gewidmeten Dienste die von den Aerzten empfangenen Lehren stündlich und praktisch zu belegen im Stande sind. Unter den geschilderten Verhältnissen ist für uns ein Oberwärter mit einem Gebiet von 100 Pfleglingen (etwa 10 Wärtern) nicht zu hoch gegriffen. — Dem Institut der Aufseher (höherer und im eigentlichen Staatsdienst befindlichen Aufsichtsbeamten) blieben neben der allgemeinen Ueberwachung das ganze Heer administrativer und schriftlicher Obliegenheiten für Inventar, Wäsche, Küche u. a. m., an welchen ja keine Anstalt Mangel hat.

So weit meine Vorschläge für grosse Irrenanstalten bezüglich der Irrenwärterfrage, die ich für eine der wichtigsten halte und bei definitiver Feststellung einer allgemeinen Irrengesetzgebung mehr berücksichtigt sehen möchte. Die empfohlenen Massregeln werden zwar den jeweiligen Missbrauch des unentbehrlichen physischen Uebergewichts von Seiten der Wärter nicht völlig unmöglich machen, gewiss aber die nach Lage der Sache erreichte, qualitativ befähigte Unterstützung der Aerzte in der Pflege Geisteskranker von Seiten des Personals anzubahnen vermögen.

II.

Es sollte aber jener eben berichtete Beweis menschlicher Entartung noch andere traurige Folgen nach sich ziehen. Am 24./25. Nov. v. J. fand die öffentliche Gerichtsverhandlung gegen den Wärter N. „wegen Misshandlung mit tödtlichem Erfolge“ statt. Der zweite Anstaltsarzt Dr. H., in dessen, ärztlich von ihm selbstständig versorgter, Abtheilung der Schauerfall sich begab, und dem daher auch die Obduction nebst Abfassung eines genauen Sectionsprotokolles oblag, war in dieser Verhandlung einer mehr als vierstündigen Befragung unterworfen und vielleicht in mehrfacher Beziehung um so tiefer verletzt worden, als er — — eingestandenermassen schon längere Zeit körperlich leidend — einzelne Fragen bei der stets an ihm bemerkbaren hohen Empfindlichkeit mehr subjektiv, als in ihrem eigenthümlichen objektiven Sinne aufgefasst haben mochte. Doch sprach er sich darüber gegen Niemand aus, zeigte

sich aber zusehends stiller und verschlossener, wiewohl er die ihm eigenthümliche verbindliche äussere Form beibehielt und nur mehr, als gewöhnlich, die geistige Belebung im Umgange vermissen liess. Dennoch, an beinahe typische Schwankungen dieser Art bei ihm gewöhnt, und in dem Bewusstsein, während meiner eignen Vernehmung mit möglichster Schonung zu Werke gegangen zu sein, beachtete ich diese schon oft wahrgenommenen Symptome von Verstimmung nur vorübergehend, zumal Dr. H. sich regelmässig zur täglichen Konferenz einfand, meinen Glückwunsch zu seinem Geburtstage am 27. verbindlich aufnahm und selbst ein Concert am 26. besucht hatte. Wie ein Donnerschlag traf mich daher am 28. Nov. früh 7 Uhr die Meldung seines Abtheilungsaufsehers, dass er den Dr. H. in seinem Schlafzimmer im Blute schwimmend und, wahrscheinlich von einem Blutsturze ereilt, todt aufgefunden habe. Noch glaubte ich nicht an ein so schweres Verhängniss, als welches sich der Hintritt des jungen Mannes, bei sofortiger näherer Besichtigung mit dem ersten Assistenzarzte, in Wahrheit zeigte. Denn in einer ganz unzweideutigen Weise fanden sich neben dem Leichnam das geöffnete Verbandetui und, ausser der aufgeschlagenen blutigen Abscesslancette, mehrere gewöhnliche Aderlasslancetten geschlossen vor, der Leuchter auf dem Fussboden umgestürzt und Bekleidung, die er vollständig trug, nebst Wäsche durchaus blutgetränkt. Aus einer $1^1/_2$ Zoll langen Schrägwunde nach der linken Schenkelbeuge quoll noch unaufhaltsam dunkles Blut. Im Beisein des sofort herbeigeholten, auch dem Todten befreundeten Gerichtsvorstandes und des Gerichtswundarztes liess sich konstatiren, dass die nach innen sich verengende Hautwunde mit einer zweifachen Verletzung der vena femoral. communicirte, und sogar deren hintere Wand durchstochen war, wogegen die arter. femor., der der Doppelstoss gegolten, ebenso wenig, als die arter. profunda femor. verletzt war. Bindegewebs- und Muskelschichten der Umgebung zeigten sich blutig imbibirt. — Weitere Befragungen des Wärters, welcher seine nahe gelegene kleine Station und die Dienstleistungen um den Verstorbenen zu besorgen hatte, und die Erforschung der näheren Umstände vor und nach der dunklen That machten offenbar, dass Dr. H. Abends vorher nicht ausgegangen war, sich vielmehr ruhig mit Aufzeichnung der ärztlichen Notizen (welche seine gewohnte sichere und feine Handschrift, sowie die aufmerksamste Genauigkeit zeigten) bis zum Abgang des Dieners, dessen Nachtgruss er freundlich zurückgegeben, beschäftigt

hatte. Das Feuer im Ofen war seitdem nicht weiter von ihm unterhalten worden, auch das Licht schien er zeitig verlöscht zu haben. Das Auffinden einer Anzahl Pulverkapseln im Ofen, den der Diener früh nach 6 Uhr zu heizen hatte, korrespondirte offenbar mit der völligen Entleerung eines Faches in der dem Dr. H. nahegelegenen Anstaltsapotheke, wo stets etwa 0,6 — 0,72 Gramm. Opium in 0,06 — 0,12 Gramm. Dosen aufbewahrt wurden. Muthmasslich hatte das Opium den vielleicht oft vermissten Schlaf sichern sollen, während die im Nachtgefäss und um den Todten reichlich vorgefundenen Faeces von üblem Geruch und rothbrauner Färbung auf den Gebrauch von eccoprot., wie diess nicht selten von ihm geschehen, hindeuteten. Der Erfolg musste bereits in der Nacht, wahrscheinlich gegen Morgen eingetreten sein. Vielleicht hatte nun Dr. H. abermals seine Zuflucht zum Opium genommen, war dann bis zur Zeit, wo der Wärter das Entrée betrat und der ihm für immer ertheilten Weisung gemäss im Abgehen die Thüre laut schloss, in rausch ähnlichen Schlummer verfallen, durch das Geräusch geweckt und, ohne zur völligen Besinnung zu kommen, hinausgeeilt, hatte, sich vollständig und sogar mit einem Ueberzieher bekleidend, in dem anstossenden Wohnzimmer das Verbandetui erfasst, um, in sein Schlafgemach zurückgekehrt, ohne Verzug zur grässlichen That zu schreiten. Zur Befestigung dieser Annahme dient die Aussage des Dieners, eines ruhigen und verständigen Mannes, welcher bei seinem Weggange dasselbe Geräusch in der *geschlossenen* Schlafstube vernommen haben will, wie es Dr. H. immer beim raschen Verlassen des Bettes zu bewirken pflegte. Gegen 6¾ Uhr Morgens betritt der Wärter zum zweiten Male das Entrée und übersieht, *da nun die Thüren zur Schlaf- und Wohnstube*, wie die des Alkovens (wo Dr. H. die Kleider aufbewahren liess) *weit offen stehen*, im Nu den blutigen Schauplatz, ohne jedoch bei Mangel hinreichenden Lichtes etwas Anderes zu vermuthen, als dass Dr. H. in einer Ohnmacht neben dem Bett hingestürzt sei. Steifheit und Kühle des Leichnams erschrecken ihn und veranlassen die Herbeirufung des Aufsehers, der gerade am nächsten war.

Fragt man nun, hat Dr. H. freiwillig oder im dunkeln Drange nach Entlastung von innerer Beängstigung ein Ziel gesetzt: so muss bei dem Zusammentreffen mehrerer sich scheinbar widersprechender Thatsachen die Antwort zwar mit einiger Vorsicht ertheilt werden: für mich hat der traurige Hergang die unerschütterliche Ueberzeugung festgestellt, dass

die That einem rapiden Anfalle von Melancholie gefolgt sei. Denn zuerst hatte der Verstorbene unleugbar eine nervöse, krankhaft empfindliche, zu hastigen, selbst übereilten Handlungen und Bewegungen drängende Konstitution. Dann war er, körperlich erschöpft und von deprimirenden Vorstellungen über die Wirkungen des Kriminalfalles heimgesucht, auf den unglücklichen Gedanken verfallen, im Opium Ruhe und Schlaf zu gewinnen und jedenfalls durch dasselbe in einen Zustand rauschartiger Umneblung versetzt worden, dem er gewohnheitsmässig durch jenes Geräusch plötzlich entrissen wurde, und nun in dem Strudel der fortwirkenden Angstgefühle rasch alle Vorbereitungen zur That traf, — wie sie ihm als Arzt bei Ausführung einer solchen als geläufige vorschweben mussten, vielleicht auch schon im Traume ihn beschäftigt hatten, bei dem vollen Erwachen aber von ihm abgewiesen worden wären, — und seinem Leid ein Ende machte. Nur so lässt sich, nach meiner innigen Ueberzeugung erklären, dass der junge Mann die allerunpassendste Stunde wählte, wo er jeden Augenblick von dem zu dieser Zeit rapportirenden Aufseher und Wärtern überrascht werden konnte, ja dass er sogar die Thüren geöffnet liess, so dass jedem Eintretenden sofort die Hemmung seines Vorhabens möglich gewesen wäre, dass er sich ferner zuerst bekleidet hatte (sogar mit dem Ueberzieher!) und, wie ein Querschnitt in den rechten Theil der Beinkleider genau an derselben Stelle nachwies, sogar durch die Kleidung hindurch sich zu tödten versucht haben musste! Ganz unerklärt muss bleiben, ob der Verwundete, nach den Blutspuren im Entrée und dem daselbst zurückgelassenen Schuh, sowie der blutigen Wolldecke zu urtheilen, hinterher zur Besinnung gekommen sei und Hilfe suchend sich in das Entrée begeben habe, oder ob er gleich nach Inbesitznahme des Etuis zuerst am Tische stehend sich die Lancette in den Schenkel gestossen und dann in das Schlafzimmer gewankt sei, um hier zu sterben. Gewiss ist beim Gesunden die Morgenstunde allgemein diejenige, wo er freier und klarer über alle Begegnisse urtheilt und sich kräftiger zum Widerstande erhebt: anders bei Kranken, wie diess die Listen sogenannter Selbstmörder deutlich zeigen. – So war eine reichbegabte Seele der schwächlichen Hülle entflohen und suchte tröstliche Lösung des eignen Räthsels in einer andern Welt. Allgemein war der Schmerz um den Todten, der sich die Achtung der kleinen Welt, in der er lebte, in ungewöhnlichem Maasse zu erwerben verstanden und ihr vielleicht zu viel Werth

beizumessen gewöhnt hatte. Denn das eigne Bewusstsein steter gewissenhafter Pflichterfüllung und des regsten wissenschaftlichen Eifers für seine Kranken durften ihn wohl über ein zu rasches und unkundiges Urtheil in diesem Einzelfalle hinwegtragen, wie auch der Unterzeichnete das eigne Gefühl und die innere Stimme bei der ganzen höchst beklagenswerthen Angelegenheit als massgebend für sich selbst betrachtet hat.

Dr. *Voppel.*

Kleinere Mittheilungen.

(Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1868, 3. Heft p. 376.)

Venäsectionen bei Irren.

Nach *Hagen* (Verhdl. der psych. med. Societät für Erlangen, 1867. 34 S.) wurden von 63 Geisteskranken, die vor ihrer Aufnahme in die Anstalten *mehrfache* Venäsectionen erhalten, 8 oder 12,1 pCt.; von 375, die vorher gar *keine* erhalten, wurden 95 oder 25,8 pCt. geheilt. Von jenen starben 25,4, von diesen 12,8 pCt. Ein einmaliger, namentlich mässiger Aderlass hatte kaum merklichen Einfluss auf die Genesungs häufigkeit, auch wenn man beiderseits die Fälle von Paralyse abrechnete. Die schädliche Wirkung besteht in der grösseren Sterblichkeit und in der Beförderung des Uebergangs in chronische Manie oder in Blödsinn, selten in partielle Verrücktheit.

Ophthalmoskopische Befunde bei Psychosen.

(p. 317, ibid.)

Koestl und *Niemetschek* (Prager Viertelj. 1867, XCV, 134) haben in der Prager Irren-Anstalt 142 Geisteskranken die Augen ophthalmoskopisch untersucht und berichten über die pathologischen Befunde mannichfacher Art, die sie in *angeborene* und *erworbene* scheiden. Die letzteren werden zu einem grossen Theile aus der durch die Pathogenese der Geistesstörung bedingten Cirkulations-Anomalie im Bereiche der Carot. int. herzuleiten sein. Die Verf. versprechen, mit der Analyse der einzelnen Krankheitsfälle die Deutung dieser ophthalmoskopischen Befunde zu verbinden.

Anzeige.

Einladung zum Abonnement

auf den

Irrenfreund.

Redigirt

von Sanitätsrath Dr. *Fr. Koster*, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen und Dr. *Brosius*, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Der Irrenfreund hat sich die Aufgabe gestellt, praktischen Aerzten, welche während ihrer akademischen Laufbahn den psychiatrischen Wissenschaften nicht genügend nachkommen konnten oder durch einen anstrengenden Beruf sich denselben nicht mehr in grösserem Umfange widmen können, Gelegenheit zu geben, das Versäumte auf eine nicht zu viel Zeit raubende Weise nachholen und sich vom gegenwärtigen Standpunkt der genannten Doktrin orientiren zu können. Es ist kaum nöthig auseinander zu setzen, wie nöthig und fruchtbringend es für jeden Arzt ist, Verständniss wenigstens von den fundamentalen Lehren der abnormen psychischen und moralischen Thätigkeiten und Aeusserungen zu haben. Der Irrenfreund bringt ferner viele Nachrichten über Irrenanstalten, wodurch der Arzt auch mit diesen bekannt wird. Dass die Zeitschrift auf wissenschaftlichem und fortschrittsfreundlichem Standpunkt gehalten wird, dafür bürgen die Namen der Redakteure.

Heilbronn a/N. im April 1869. Der Herausgeber:
Dr. *Fr. Betz.*

☞ Diejenigen P. T. Herrn Aerzte, welchen von uns eine Probe-Nro des Irrenfreundes als Einladung zum Abonnement zugesendet wurde, auf denselben aber nicht abonniren wollen, werden freundlicst ersucht, denselben umgehend an uns zurückzusenden

Expedition des Irrenfreundes in Heilbronn

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 2. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit des Färbers N. R. Ueber die prognostische Bedeutung der Pupillendifferenz im Irresein. Die Schlesische Provinzial-Irrenpflegeanstalt Bunzlau. Kleinere Mittheilungen.

Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit des Färbers N. R.

Vom Sanitätsrath Dr. Bernay, Stadtphysikus zu Cöln.

Die Zurechnungsfähigkeit des Färbers N. R., welcher am 29. Nov. v. J. einen Mordanfall mit einem Bügeleisen auf seine Ehefrau gemacht haben soll, ist mit Recht in Zweifel gezogen worden, denn derselbe litt schon längere Zeit vor der That an Verfolgungs-Melancholie. Die Schwermuth tritt nicht selten ohne gleichzeitige Verwirrung des Verstandes, ohne Geistesstörung, auf, so dass der Schwermüthige, wenn auch beherrscht von krankhaften Empfindungen und dadurch in seinen freien Willensentschliessungen gehemmt, wohl noch im Stande ist, in logischer Gedankenfolge zu handeln und sich in gewöhnlicher Weise zu äussern und zu benehmen. Je länger aber die krankhafte Stimmung dauert, desto mehr wird auch der Verstand in den Kreis der alienirten Seelenstimmung hinein gezogen. Dieses bestätigt sich auch bei dem Beschuldigten, und einen schlagenden Beweis dafür liefert sein Verfolgungswahn.

Er befindet sich im Lazareth der Strafanstalt, ist 36 Jahre alt, mittelgross, schlank, wohlgebaut, und mässig genährt. Die Schädelbildung zeigt nichts Normwidriges; Gesichtszüge regelmässig, Farbe gesund, der Blick ist unstät und scheu, Iris blaugrau, reagirt gehörig, die Pupille mittelweit. R. sieht und hört gut; spricht deutlich nnd geläufig,

ohne auffallendes Geberden und Mienenspiel. Die Temperatur der Haut ist nirgends normwidrig; Respiration, Herz- und Pulsschlag quantitativ und qualitativ naturgemäss. Die Zunge dünn belegt, der Appetit mässig; der Stuhlgang meistens täglich. Der Bauch ist nicht aufgetrieben, nicht schmerzhaft, Leber und Milz bieten nichts Krankhaftes. Gang und Haltung bekunden gehörige Muskelkraft. B. schläft aber wenig und sehr unruhig, spricht im Schlafe und wachend von seiner Frau und seinem Sohne, beklagt sein Unglück, betet laut, springt häufig aus dem Bett, glaubt seine Frau zu sehen, ruft sie an und winkt ihr zu. Bei Tage steht er fortwährend am Fenster der Lazarethstube, seufzt, weint oft, sieht stier durch die Glasscheiben, in Erwartung seiner Frau. Auch schon längere Zeit vor der That schlief er wenig und sehr unruhig, hatte keinen Appetit, verlor viel Blut beim Stuhlgang, litt an Herzklopfen, an bohrenden Schmerzen in der Herzgegend und an einer der Melancholie eigenen Herzensangst, die, wie die Erfahrung lehrt, häufig bis zur Verzweiflung sich steigert und nicht selten in Tobsucht und Wuthanfälle übergeht. Diese mit dem körperlichen Befinden in Wechselbeziehung stehende Herzensangst ist auch jetzt noch, aber in geringerem Grade, vorhanden.

B. läugnet die ihm zur Last gelegte That nicht; so oft sie berührt wird, treten ihm die Thränen in die Augen. Auch gesteht er, dass er bei häuslichen Zwistigkeiten seine Frau mitunter geschlagen und wiederholt mit einem Messer bedroht habe. Aber er versichert, diess sei nie seine Absicht gewesen, er liebe und verehre seine Frau, und sie würde auf ihn nichts kommen lassen. Er habe sie nur auf die Probe stellen wollen; ebenso habe er am 29. November v. J. nichts Anders beabsichtigt. Als er ihr damals gesagt, sie solle sich setzen, sie müsse jetzt eine Probe bestehen, da sei der Name *Hermann* gerufen worden; das habe ihn in Wuth versetzt, es sei ihm zu Muthe gewesen, als ob seine Frau in seinen Körper gefahren sei. Er habe — so viel erinnere er sich noch von der That — wiederholt mit einem Bügeleisen auf die Frau losgeschlagen und mehre Personen, die ihm in den Weg getreten, und die er für seine Verfolger gehalten, ebenso auch sich selbst mit einem Messer verwundet.

Ob der Name *Hermann* wirklich gerufen worden ist, — ein Mitbewohner des Hauses führt diesen Namen — oder ob diese Angabe auf einer bei Irren häufigen Gehörshallucination beruht, habe ich nicht

ermittlen können. Die Frau B. behauptet, sie habe diesen Namen nicht rufen hören.

Ueber die Antecedentien des B. ist nichts bekannt, als was er selbst darüber mitgetheilt hat. Hiernach wurde er am 11. Sept. 1827 zu Niedercalx in Nordschweden geboren. Sein Vater ist dort Posthalter. Von den 11 Geschwistern leben noch 10, die wie der Vater körperlich und geistig gesund sind. Die Mutter starb an Schwäche in Folge der vielen Geburten. Eine Schule war nicht in Niedercalx — B. lernte lesen, schreiben, rechnen bei einem Schiffskapitän und später bei einem Sergeanten. Die Eltern und ein Geistlicher, Namens K., ertheilten ihm Unterricht in der protestantischen Religion. Nachdem derselbe bis zum 20. Lebensjahre als Kutscher bei dem Vater gedient hatte, verliess er das elterliche Haus, ging nach Stockholm und besorgte zuerst für ein dortiges Handlungshaus die Ausgänge, arbeitete darauf in einer chemischen Fabrik, später in einer Färberei und besuchte die dortige Handlungsschule ein halbes Jahr. Alsdann begab er sich nach Riga und fand dort, sowie in Stettin, Crefeld und Barmen Beschäftigung als Seidenfärber. Vor etwa 9 Jahren liess er sich in Köln als Schönfärber nieder und heirathete seine jetzige Frau, eine katholische Schifferstochter, als sie bereits von ihm schwanger war. Er lernte dieselbe in Crefeld kennen, wo sie ein kleines Putzgeschäft hatte. Frau B. kam mit einem Sohne und 27 Monat später mit einer Tochter nieder, welche vor 6 Jahren starb. Gleich nach der Geburt des Knaben geriethen die Eheleute in Streit: ob der Sohn der Religion des Vaters oder der Mutter folgen solle. Der Vater gab nicht ohne Widerstreben nach. Später machte er sich darüber Scrupel, befragte den Pfarrer, ob sein Sohn katholisch werden dürfe, und verlangte von seiner Frau, sie solle ihm das schriftliche Versprechen geben, dass sie nach seinem Tode den Sohn evangelisch erziehen lassen wolle. Seit dieser Zeit waren Zerwürfnisse in der Ehe häufig, wobei der Beschuldigte die Frau und den Sohn misshandelte; selbst die Schwiegermutter blieb nicht verschont, wenn sie ihren Enkel gegen die alles Maass überschreitenden Züchtigungen des Vaters in Schutz nehmen wollte. Die Frau B., welche jetzt auf Bestrafung ihres Ehemannes angetragen, beabsichtigte schon vor zwei Jahren die Scheidung. Nach ihrer Angabe ist B. zänkisch, jähzornig, eifersüchtig, voller Einbildung und dem Trunke ergeben. Bei der Arbeit zeigte er wenig Ausdauer, las bis tief in die Nacht Romane, hielt sich

für klüger als alle seine Standesgenossen, sann auf Erfindungen, verwendete namentlich auf die Herstellung eines Goldlacks viel Geld und Zeit, vernachlässigte hierüber sein Geschäft, gerieth so und durch seinen Trunk in die drückendste Armuth und sah sich daher genöthigt, seit Fastnacht v. J. in einer Saffianfabrik zu arbeiten, während seine Frau für verschiedene Herren die Wäsche besorgte.

Armuth, religiöse Scrupel, die fehlgeschlagenen Erfindungsversuche und die dadurch getäuschte Hoffnung auf grossen Gewinn, sowie die Befürchtung, seine Frau halte noch immer an dem Vorhaben fest, sich von ihm scheiden zu lassen, der Zweifel an ihrer Treue und die Trunksucht führten einen solchen Grad von Gemüthsverstimmung bei diesem leidenschaftlichen, argwöhnischen und an Einbildungen aller Art leidenden Menschen herbei, dass seine Vorstellungsthätigkeit sich allmälig von allen Schranken der Wirklichkeit emancipirte, und er seine phantastischen Gehirnbilder für objektiv hielt und zur Basis eines Systems inhaltsleerer Schlüsse und Folgerungen machte. Der Fluss der Vorstellungen, welcher in normalem Geisteszustande wechselt, verlor bei dem Angeschuldigten bis zu einem gewissen Grade seine Beweglichkeit, indem *eine* Vorstellungsmasse, deren Inhalt gleich zu analysiren ist, sich so festsetzte, dass der Wille keine Macht mehr besass, sie länger als auf kurze Zeit aus dem Bewusstsein zu verscheuchen. Eine solche bestimmte Ideenmasse zwingt alle übrigen Vorstellungen, sich mit ihr zu verbinden, sie zwingt den Verstand, ausschliesslich in ihrem Dienste thätig zu sein, und sucht sie durch allerlei Vorstellungen und Vorspiegelungen vor seinem eigenen Richterstuhle zu rechtfertigen.

Der Beschuldigte verfiel in einen Verfolgungswahn, er hielt alle Menschen für seine Feinde und Verfolger, die stets seine Bestrebungen vereiteln, ihn zu Grunde zu richten und seine Frau ihm zu entführen suchten.

Der Aufenthalt in der Fabrik war ihm unerträglich, sämmtliche Mitarbeiter betrachtete er als seine Feinde, alle „fuchsten ihn“, er hielt sich stets für den Gegenstand ihres Gespräches und Gespöttes, alle wollten ihm etwas anhaben und sogar sein Leben gefährden. Vier Wochen vor dem Attentat eilte er plötzlich mit Hinterlassung seiner Holzschuhe, nur mit Strümpfen begleitet, bei nasser und kalter Witterung aus der Fabrik nach dem H'schen Hause, wo er zu Mittag zu essen pflegte. Die Personen, die zufällig auf der Strasse ihm begegneten,

oder desselben Weges gingen, sah er als seine Verfolger an, wie er aus ihren Mienen schloss. Selbst die Geistlichkeit, die Polizei und die Maurer betrachtete er als seine Feinde, die ihn für vogelfrei erklärt und sein Signalement aufgenommen hätten. Seine Frau forderte er auf, mit ihm vor's Thor zu gehen, dort wolle er ihr die Personen zeigen, die sein Signalement in Händen hätten, sie solle an den König von Schweden schreiben, der es nicht dulden würde, dass man ihn überall verfolge und für vogelfrei erkläre. Seine Frau beschuldigte er, dass sie alle diese Verfolgungen veranlasse, und dass sie sich mit andern Männern abgäbe. Mit dem Messer in der Hand und unter der Drohung, sie zu erstechen, verlangte er von ihr, sie solle die Namen ihrer Zuhalter nennen und bekennen, ob ihr Geld geboten sei, falls sie sich von ihm trennen wolle. Ruhe und begütigende Worte brachten ihn wohl für einige Zeit zur Besinnung. Er schien einzusehen, dass seine Beschuldigungen ungegründet seien, und bat sie, nicht darüber zu sprechen, was unter ihnen vorgefallen sei. Aber schon bald erwachte sein Argwohn und seine Eifersucht auf's Neue und er wiederholte seine Drohungen.

Während der letzten Hälfte des Novembers ging er nicht mehr zur Fabrik, und weil er sein Leben daselbst gefährdet glaubte, musste seine Frau ihn dorthin begleiten, um seinen rückständigen Lohn zu empfangen.

Am 23. November zwang er seine Frau, mit ihm in das Glacis zu gehen und als sie bei der zweiten Bank angelangt waren, forderte er sie auf zu knieen, mit den Worten: „Du musst sterben!“ Frau B. entzog sich seinen Drohungen nur dadurch, dass sie sich einem Manne anschloss, der des Weges kam. Der Beschuldigte folgte ihr und nahm ihr das Versprechen ab, über den Vorfall nicht zu reden.

In der letzten Woche vor der That blieb er ganz unthätig zu Hause, weinte oft, ohne einen Grund angeben zu können, und betete den grössten Theil des Tages, zuweilen ganz vernünftig, mitunter aber auch unzusammenhängend. Uebrigens verhielt er sich ruhig, und am Tage vor der That erklärte er wieder, Alles sei gegen ihn R., welcher schon in der letzten Zeit keinen Branntwein mehr getrunken — nach Angabe seiner Frau — sah blass aus und magerte täglich mehr ab, ass wenig, schlief sehr wenig und unruhig, verlor viel Blut beim Stuhlgang und klagte über Beengtsein des Herzens. Als seine Frau ihm rieth, zum Arzte zu gehen, lehnte er das mit den Worten ab: „das wäre der beste Weg, mich in's Narrenhaus zu bringen.“

Am 29. November las er der Frau des Morgens Sterbegebete aus dem Gesangbuche vor und, als sie die Frage: ob sie mit ihm sterben wolle, verneinte, äusserte er: dann wolle er sie am Leben lassen. Zu Mittag ass er wenig. Gleich nach dem Kaffeetrinken fragte er sie: ob sie eine Frau H. kenne. Als sie erwiderte, ausser ihrer Schwester sei ihr keine Frau H. bekannt, erklärte er, er sähe ein, dass er sich geirrt habe. Bald darauf trank er Bier, welches er mit dem Bemerken von seiner Frau verlangt hatte, diess sei das Letzte, was sie ihm zu holen brauche, er müsse heute stark sein. Der Frau D., welche zum Besuche bei den Eheleuten R. war, versprach er, morgen wieder arbeiten zu wollen, seiner Frau gab er zur Aussöhnung die Hand und küsste sie. Als die D. sich entfernte, begleitete er sie zur Hausthür, ging in die Schlafstube, kehrte in die Wohnstube zurück und legte sein Rasirmesser auf den Tisch. Dieses erregte bei der Frau R. Besorgniss; auf ihre Frage, wozu er das Messer gebrauchen wolle, trug er dasselbe nebst einem Bande, welches ihm zum Färben war gebracht worden, wieder in die Schlafstube. Nachdem er sich über die Art, wie das Band gefärbt werden solle, ganz sachgemäss geäussert hatte, holte er es wieder aus der Schlafstube, um es von seiner Frau zusammennähen zu lassen. Bei dieser Gelegenheit sah er mehrere Männer in der Barbierstube, die, wie die R.'sche Wohnung im Erdgeschosse, aber strassenwärts liegt, und sagte: „wären die Raben doch fort!" Hierauf gestattete ihm die Frau den Coitus, aber nicht in der Schlafstube, wie er es wollte, sondern in der Wohnstube, weil sie wegen des Rasirmessers in die Schlafstube mit ihm nicht gehen wollte. Nachdem inzwischen sämmtliche Personen die Barbierstube verlassen, verriegelte R. die Hofthür, blies das brennende Schwefelhölzchen aus, womit Frau R. die Lampe anzünden wollte, und befahl ihr, sich zu setzen, sie müsse eine Probe bestehen. Frau R. gehorchte ohne Widerrede. Kaum sass sie, so nahm er das Bügeleisen, welches auf dem Stuhle stand, und schlug sie damit auf den Kopf. Der Schlag traf die Stirne, sie sprang auf, er fasste seine Frau, drückte sie wieder auf den Stuhl und führte einen zweiten Schlag; sie parirte denselben aber ab, eilte aus der Stube die Treppe hinauf und umklammerte die Kniee des etc. L, welcher ihr vom zweiten Stocke, wo er wohnte, entgegen kam. R. verfolgte aber seine Frau und durchschnitt dem etc. L. die Hose queer über den Bauch, ohne ihn jedoch zu verletzen. Frau R. flüchtete sich mittlerweile auf die Stube der Frau H. Aber ihr

Ehemann schlug mit dem Bügeleisen durch die Scheiben der Glasthür und traf seine Frau am Kopfe. Mit jedem Schlage steigerte sich seine Wuth, und er rief: „Du sollst, Du musst sterben!"

Endlich fasste ihn der Kellner C. beim Rockkragen und brachte ihn auf die Strasse, wo er noch mehrere Personen mit einem Messer verwundete und sich selbst zwei Schnittwunden an der inneren Seite des rechten Handgelenkes beibrachte. Durch den hinzugekommenen Pfarrer E. wieder zur Ruhe gebracht, gab er diesem die Hand, ging ruhig mit ihm in seine Wohnstube, liess sich dort ohne Widerstreben von der Polizei verhaften, nach dem Bürgerhospital und später nach dem Arresthause abführen.

Frau R. behandelte ihren Mann mit Sanftmuth und Geduld. Die ihr gewordenen Misshandlungen suchte sie vor den Mitbewohnern des Hauses zu verheimlichen. Auch erklärte sie mir, ihr Ehemann habe niemals mit einem Frauenzimmer in unerlaubtem Verhältnisse gestanden. Derselbe war stets sehr eifersüchtig auf die Liebe seiner Frau; das Verhalten und die Auslassungen desselben im Lazarethe des Arresthauses, die er nach meiner Ueberzeugung nicht simulirt, bekunden, dass er seine Frau noch liebt. Gleichwohl war sie der Gegenstand des ihm zur Last gelegten Mordanfalles, den er in einem sehr belebten Stadttheile an einem Sonntag-Nachmittag unter den Augen der Mitbewohner des Hauses vollführte. Nach der That entfloh er nicht; als er den Pfarrer E. sah, gab er ihm die Hand, ging ruhig mit ihm in die Wohnstube und liess sich ohne Widerstreben dort verhaften. So handelt nicht der Verbrecher, sondern der Scheinverbrecher.

Betrachten wir nun die That des Beschuldigten, welcher schon einige Zeit vorher körperlich und geistig krank war, so charakterisiren das urplötzliche Ausfahren in Gewaltthätigkeit ohne vorheriges Schelten und Toben in Worten, die augenblicklich gesteigerte Muskelkraft und die blinde, die Grenzen des gemeinen Zornes und der Rache weit überschreitende Unbändigkeit im Schlagen und Verwunden die That als eine solche, welche in einem Wuthanfalle, wie er nur bei geistig Gestörten vorkommt, ausgeübt worden ist. Sind die Folgen einer solchen That erschütternder Natur, so wirken sie oft auf den Geisteszustand des Thäters insofern günstig ein, als er dadurch für kürzere oder längere Zeit zur Ruhe und Besinnung kommt. Auch bei dem Beschuldigten ist im Lazarethe, wo er allen aufregenden Eindrücken entzogen ist, mit der

verminderten Angst eine grössere Ruhe und Besonnenheit eingetreten. Aber es ist bei Melancholikern ganz gewöhnlich, dass die Angst, welche Tage und Wochen zurückgetreten ist, plötzlich mit der grössten Heftigkeit wieder erscheint und die Kranken zu Gewaltthätigkeiten gegen sich und gegen Andere, zum Selbstmord und Mord hinreisst. Der Beschuldigte wird daher noch lange Zeit einer sorgfältigen Ueberwachung bedürfen, wie sie ihm im Lazarethe der Strafanstalt zu Theil wird.

Bei dieser Untersuchung bin ich von dem Verhalten des Beschuldigten vor, während und nach der verübten Gewaltthat ausgegangen, habe die Merkmale seines psychischen Leidens dargethan und das Entstehen des letzteren aus seiner geistigen und leiblichen Persönlichkeit in Verbindung mit seinen Lebens-Verhältnissen nach den Grundsätzen der gerichtlichen Medizin entwickelt und gründe auf diese Gesammt-Darstellung mein schliessliches Gutachten,

> dass N. R. dei der Ausführung der ihm zur Last gelegten That in einem unfreien, die Zurechnung ausschliessenden Geisteszustand sich befunden hat.

Cöln den 29. Januar 1864.

Der Stadt-Physikus:
Sanitätsrath Dr. *Bernay*.

etc. R. wurde am 22. Febr. 1864 in der Irrenpflegeanstalt auf der Lindenburg bei Cöln untergebracht, wo er im tiefsten Blödsinn am 7. Juni 1865 starb.

Ueber die prognostische Bedeutung der Pupillen-Differenz im Irresein

hielt Geh.-Rath *Nasse* in der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 13. Juni 1868 einen längeren Vortrag, dem wir die wesentlichen Punkte für die Leser unseres Blattes entlehnen. (vide Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1868 5. u. 6. Heft, p 665.)

Die Pupillendifferenz ist bei den Irren viel häufiger, als es nach den bekannt gewordenen Aeusserungen wenigstens den der deutschen Irrenärzte scheint. Redner fand bei einer Untersuchung (1867) aller grade in Siegburg anwesenden Kranken unter 229 nur 83 ohne Pupil-

lendifferenz. Oft wird Wochen lang kaum ein Kranker ohne solche aufgenommen, und überdem ist in der eigentlich nur für frischere Formen bestimmten Heilanstalt Siegburg die Zahl der Paralytiker und Blödsinnigen, die das stärkste Kontingent zu jenem Symptome bilden, wenigstens geringer, als in den Heil- und Pflege-Anstalten.

Nur in der Minderzahl der Fälle ist die motorische Störung der Iris eine isolirte, sondern meist mit Innervationsstörungen im Gebiete des Facialis und Hypoglossus verbunden. Die Schlaffheit einer Gesichtshälfte mit schiefem Munde, das Abweichen der Zungenspitze, oft auch der Uvula nach einer Seite und die gleichzeitige Pupillen-Differenz, welchen Symptomen-Komplex Redner Anfangs auf die allgemeine Paralyse zu beziehen geneigt war, fanden sich in allen psychischen Formen der geistigen Störung ohne Unterschied, auch ohne alle begleitenden psychischen Charaktere der Paralyse.

Die Aufmerksamkeit der Irrenärzte hat sich der Beobachtung jener Phänomene nur in geringem Maasse zugewendet. Redner fand, zum Beweise ihrer Häufigkeit, unter jenen 229 Kranken in Siegburg nur 56 ohne Abweichungen in Pupille, Gesichtshälfte und Zunge, bei 40 alleinige Pupillendifferenz, bei 106 diese *mit* Schlaffheit einer Gesichtshälfte und Abweichen der Zungenspitze, bei 27 Ungleichheit des Gesichts und Abweichen der Zunge bei Gleichheit der Pupillen. Aehnliche Verhältnisse haben sich stets wiederholt, und folgert Redner, dass etwa nur bei einem Viertel seiner Kranken gar keine Abnormitäten an Pupille, Gesicht und Zunge bestehen. Aus dieser grossen Frequenz geht schon hervor, dass diese Abweichungen sich keineswegs auf die allgemeine Paralyse und den Blödsinn beschränken, sondern in beträchtlichem Maasse auch die primären Formen der Manie und Melancholie betreffen.

In der allgemeinen Paralyse hat *Nasse* die partiellen Lähmungssymptome häufiger als andere Beobachter gefunden; *Seifert:* unter 25 Paralytikern 17mal Pupillendifferenz; *Pelman:* unter 50 25mal; *von Linstow:* bei $^1/_3$ seiner Fälle. *Nasse* fand unter 108 Fällen von allgem. Paralyse aus den letzten 4 Jahren in Siegburg folgendes Verhältniss: Von 25 weiblichen Kranken zeigte nur *eine* keine Pupillen-Veränderung; bei 21 von ihnen deutliche Pupillendifferenz; bei 3 bestanden sonstige Erkrankungen, die eine Beurtheilung der Irisveränderungen ausschlossen. Von 83 paralyt. Männern 76 mit deutlicher Pupillendifferenz, 2 mit konstanter Verengerung beider Pupillen bis zur Nadelkopfgrösse, 2 mit

sonstigen Augenleiden, 3 ohne Abweichung in den Pupillen. Also von 103 Fällen bestand nur in 4 Fällen keine Veränderung.

Die Pupillen-Veränderungen können ihren Grund in Erkrankungen des Sehapparates selbst, namentlich der Netzhaut und des Nv. opt. haben. *Billod* (Annal. méd. psycholog., 1863, II. 319) hat in dieser Hinsicht umfangreiche Untersuchungen angestellt, unter 400 Fällen jedoch nur 3 Mal Amaurose als Grund der Pupillen-Veränderung gefunden, und die Häufigkeit der letzteren ohne die erstere konstatirt. Zahlreicher sind die Veränderungen nach *Köstl*'s und *Niemetschek*'s ophthalmoskop. Untersuchungen an 142 Kranken der Prager Irren-Anstalt (Prager Vierteljahrsschr. 1867, 95, 134). In Siegburg haben die Augenspiegeluntersuchungen nur in wenigen Fällen Atrophie des Nv. opt. bei Pupillendifferenz nachgewiesen, während in allen übrigen keine Erkrankung des Sehapparates bestand. Es liegt nahe den Grund der Pupillen-Veränderung in dem direkten Einfluss der Bewegungsnerven der Iris zu suchen, von denen bekanntlich der Nv. oculomotor. den Sphincter, der Nv. sympathicus den Dilatator iridis beherrscht. Welcher von diesen Nerven und auf welche Weise er bei der Pupillen-Veränderung im Spiele ist, ist bei der Unmöglichkeit, durch das physiologische Experiment den Antheil jener Nerven zu erforschen, zur Zeit nicht zu bestimmen. Es kann der Grund der Pupillen-Veränderungen auch im Gehirn selbst gesucht werden; *Linstow* davon ausgehend, dass bei der Pupillendifferenz in der Paralyse Ptosis und Strabismus gewöhnlich fehlen, und die auf Lichtreiz unbeweglichen Pupillen sich auf Atropin erweitern, das Auge aber die gewöhnliche Sehschärfe besitze — betrachtet den Mangel des vom Gehirn zu vermittelnden Reflexes zwischen Opticus und Oculomotorius als die bedingende Ursache.

Die gewöhnlich von psychischen Veränderungen begleitete Erscheinung des häufigen und raschen Wechsels in der Pupillendifferenz bei Gehirnkranken, wird ebenfalls kaum anders, als durch eine Betheiligung des Centrums zu erklären sein. Vorübergehende Einwirkung des durch Blutstockungen oder Serumanhäufungen ausgeübten Druckes auf verschiedene Gehirntheile kann einen solchen Wechsel bedingen, und so sucht *Leyden* (Virchow's Archiv, 1866, 37, 4) die Ursache der wechselnden Pupillendifferenz in der mangelhaften Ausgleichung des Druckes.

Gleich schwierig ist die Erklärung der Ursachen der Lähmungserscheinungen im Gebiete des N. facialis und hypoglossus. Die Fälle

einseitiger Gesichts- und Zungenlähmung in Folge Erkrankung der Nervenstämme (Geschwülste, rigide Arterien) sind im Ganzen selten und betreffen grade nicht die Art von Kranken, mit denen wir es hier zu thun haben, und denjenigen Komplex von Erscheinungen, dem wir in der gleichzeitigen Pupillen-, Gesichts- und Zungen-Affection begegnen. So wahrscheinlich nun auch bei dieser gleichzeitigen Affection, bei dem meist parallelen Verlauf der Symptome und bei der stetigen Komplikation mit psychischer Störung die *centrale* Bedingung ist, so wird doch der Sitz und die Art der zu Grunde liegenden Veränderung bei dem Mangel bezüglicher patholog. anatom. Befunde noch unentschieden bleiben müssen. Blosser Hyperämie widerspricht das längere, oft konstante Bestehen jener Lähmungserscheinungen nach dem Schwinden der Kongestion; ihre hartnäckige Dauer deutet vielmehr auf eine pathologische Gewebs-Veränderung (entzündliche, seröse Ausschwitzung, kleine Blutextravasate). Pupillen-Ungleichheit im Irrsein hat lange als ein höchst ungünstiges Symptom gegolten, und das Schreckbild eines tieferen und unheilbaren Gehirnleidens pflegte der Entdeckung einer konstanten Pupillendifferenz auf dem Fusse zu folgen, zumal wenn noch andere Lähmungserscheinungen im Bereiche der Gehirnnerven bemerkbar wurden. *Nasse* theilt diese ungünstige Auffassung nicht mehr. *Seifert* bemerkte schon, dass die Prognose durch die Pupillendifferenz nicht absolut ungünstig gestaltet werde; *Nasse* glaubt nach seinen seit vielen Jahren gemachten Erfahrungen den Satz dahin ausdehnen zu dürfen, dass selbst konstante Pupillen-Ungleichheit in Geistesstörungen aller Formen mit Ausnahme natürlich der paralytischen, (wo die gleichzeitigen *allgemeinen* Bewegungsstörungen das Bild gänzlich verändern, und die Iris-Affection nur als ein Glied in der ganzen Reihe desselben erscheint) keineswegs eine ungünstige Prognose für die Psychose rechtfertigt, sondern eine erhebliche Bedeutung für den Ausgang der Krankheit überhaupt nicht besitzt. Es gilt diess in gleicher Weise für die übrigen partiellen Lähmungserscheinungen an Gesicht und Zunge, denen *Nasse* nicht einmal die Bedeutung der motorischen Irisstörung zuschreibt. Sie pflegen im Laufe der Geistesstörung eher, als jene, allmälig zu verschwinden. In *der Regel* verringern sie sich allmälig mit zunehmender Ernährung und verschwinden bei dem Uebergang zur Genesung schliesslich ganz, während sie bei stationär bleibender oder fortschreitender Psychose unverändert zu bleiben pflegen. Es kommt aber auch vor, dass ein oder das

andere Lähmungssymptom trotz der psychischen Genesung bleibt oder ohne eintretende Genesung schwindet Völlige und dauernde psychische Genesung kann erfolgen, ohne dass die Pupillen-Ungleichheit sich verliert, die also für die Psychose eine prognostische Bedeutung nicht besitzt.

Zur Begründung seiner Ansicht fügt *Nasse* seinem Vortrage 14 kurz skizzirte Fälle bei, die, zum grösseren Theile sog. primäre Formen der Tobsucht und Melancholie, mit Störungen im Gebiete der Iris-Nerven, des Facialis oder Hypoplossus, sämmtlich geheilt wurden (und zwar dauernd, 2 Rückfälle ausgenommen) ohne Verschwinden der Lähmungserscheinungen. Nur in einem Falle, dessen Wohnort der Anstalt nahe lag, konnte *Nasse* sich überzeugen, das längere Zeit nach der Entlassung die Pupillen-Differenz verschwunden war, und bestätigt dieser Fall die Annahme langsamer Aufsaugung eines Extravasates, wie ein anderer Fall, wo die früher erweiterte Pupille bei dem Rückfall nach 3 Jahren als die gesunde erschien. Ausser obigen Kranken verliessen noch viele andere mit mehr oder minder vollständiger Genesung die Anstalt, bei noch dauernder Pupillen-Ungleichheit.

Es kommt die Pupillen-Ungleichheit allerdings auch bei Geistesgesunden vor, ohne bewusste oder merkliche Sehstörung. Ueber die Häufigkeit dieser von *Richarz* als Vitium bezeichneten Abnormität lassen sich keine bestimmte Zahlen-Verhältnisse angeben. *Nasse* bezweifelt aber mit *Seifert*, dass die Häufigkeit dieses Vitium bei Gesunden in irgend einem solchen Verhältnisse zu der Pupillendifferenz bei Irren steht, um diese zu einem nur einigermassen beträchtlichen Theile auf eine bei Geistesgesunden habituelle Eigenthümlichkeit zurückführen zu können. Er weist vor Allem auf den wesentlichen, durch die Gleichzeitigkeit der übrigen Lähmungssymptome und durch den Verlauf bedingten Unterschied hin, welcher den quaest. Erscheinungen den deutlichen Stempel des Krankhaften aufdrückt.

Die Schlesische Provinzial-Irren-Pflege-Anstalt Bunzlau

(Nach dem amtlichen Berichte des Herrn Direktor Dr. *Keller* vom 30. August 1867).

Sie wurde am 16. Juli 1863 eröffnet.

Bestand ult.	1863 —	227
	1864 —	332
	1865 —	404
	1866	403.

Als genesen wurden entlassen 10 (2 M. 8 Fr.), von denen 3 Frauen rückfällig wurden.

Dem *Civilstande* nach waren unter den Aufgenommenen:

ledig	233 M.	153 Fr.	= 386
verheirathet	80 „	62 „	= 142
verwittwet	4 „	21 „	= 25
geschieden	1 „	9 „	= 10

Unter dem Bestande ultimo 1866 waren

ledig	176 M.	104 Fr.	= 271	403.
verheirathet	60 „	45 „	= 105	
verwittwet	3 „	15 „	= 18	
geschieden	1 „	8 „	= 9	

Es wiederholt sich also auch in Bunzlau die vorwiegende Frequenz der Ledigen, die auch nach Abzug der Idioten (sämmtlich unverheirathet) und Epileptischen (grösstentheils unverheirathet) noch auffallend gross bleibt. Ebenso ist die grosse Anzahl der irren verwittweten und geschiedenen Frauen, im Verhältniss zu den Männern, bemerkenswerth.

Aus den Tabellen betr. die *Ortsangehörigkeit* der aufgenommenen Kranken ergibt sich eine verschiedene Betheiligung der einzelnen Kreise Schlesiens an der Anstalt, die wohl auf andere Ursachen zurückzuführen ist, als auf die wirklich vorhandene grössere oder geringere Anzahl von Irren in den einzelnen Kreisen. Oberschlesien ist im Allgemeinen am wenigsten vertreten. Vorausgesetzt dass die Verhältnisszahl der Irren zur Bevölkerung in Schlesien überall annähernd wenigstens ziemlich dieselbe ist und in Betracht, dass grössere Abweichungen nachweislich häufig genug auf nicht sorgfältiger Zählung beruhen, ist der Schluss wohl nicht ungerechtfertigt, dass die stärkere oder mindere Betheiligung

an den Anstalten wohl in dem grösseren oder geringeren Interesse für die Irren begründet sein dürfte.

Die Zusammenstellung gibt übrigens noch das auffallende Resultat, dass von sämmtlichen Anmeldungen jetzt noch 16,31 % nicht zur Aufnahme gelangen und beinahe 11 % davon vorher starben.

Die *Sterblichkeit* betrug

	1864.	1865.	1866.
bei den Männern	10,4 %	11,65 %	8,66 %
bei den Frauen	8,57 %	12,96 %	11,22 %

zu den überhaupt Verpflegten.

Im Jahre 1865 herrschte eine Ruhrepidemie.

Die besonderen Kategorien des Irreseins haben ein sehr verschiedenes Sterblichkeits-Verhältniss. Während bei periodischem Wahnsinn, partieller Verrücktheit, angeborenem Schwachsinn und häufig auch nach Wahnsinn bei allg. Demenz verhältnissmässig eine sehr lange Lebensdauer ist, ist dieselbe kurz bei allg. Parase, Idiotismus höheren Grades und Epilepsie.

Die *Paralytiker* bilden 3,91 % der Verpflegten, aber 12,77 % der Todesfälle. Die Kategorie der *Idiotie* und des *angeborenen Schwachsinns* bildet ein bedeutendes Contingent sämmtlicher Verpflegten, und zwar

die Idiotie	6,02 %	(7,55 M 4,49 W.)
der Schwachsinn	11,74 %	(11,64 M. 11,84 W.)

Dagegen beträgt die Sterblichkeit der Idioten 14,18%, der Schwachsinnigen 7,09 % aller Todesfälle.

Die Mortalität unter den Idioten übersteigt also bedeutend das Mittel, während die der Schwachsinnigen erheblich darunter bleibt.

Die *Epileptischen* betragen 10,38 % der Männer, 9,80 % der Frauen, im Ganzen 10,09 % der Aufgenommenen, aber 17,02 % der Todesfälle, ein Beweis, wie fürchterlich zerstörend diese Krankheit wirkt. Schlagfluss im epilept. Anfall ist die häufigste Todesursache.

Epilepsie mit Irresein gilt in der Regel als unheilbar; in zwei Fällen der hiesigen Anstalt erfolgte Genesung; der eine betraf einen nach heftigem Schreck seit dem 14. Jahre epileptischen jungen kräftigen Mann, bei welchem die Anfälle selten, die Psyche noch nicht wesentlich alterirt war; der andere ein 14jähriges, seit 4 Jahren epileptisches, nach den Anfällen maniatisches Mädchen.

Die *Erblichkeit* ist nachgewiesen bei 68 M., 54 W.

Unter den Pfleglingen waren 7 geisteskrank gewordene Verbrecher aus Strafanstalten, 15 Diebe und Räuber (4 M., 1 Fr.), eine Kindesmörderin, ein Brandstifter und 5 verbrecherische Irre (ein Mörder (Frau), ein Todtschläger, 3 Brandstifter).

Bei Gründung der Anstalt war das Prinzip massgebend, die Pfleglinge familienähnlich in grösseren Gruppen zu vereinigen. In den Haupthäusern sind grössere Zimmer für je 22 und 14 Pfleglinge, und wenige kleine Einzelzimmer, in den kleineren Häusern zu zweien combinirte Zimmer für 16 Pfleglinge und ebenfalls einige Einzelzimmer. Anfangs waren nur je 8 Klausen für Männer und Frauen vorhanden; es sollten möglichst wenig Isolirungen stattfinden, dagegen die Pfleglinge zu einem gemeinschaftlichen und Familienleben herangebildet werden. Später wurden 4 Einzelzimmer bei den M., 3 bei den Frauen zu Isolirräumen umgeschaffen.

Nur die ganz Siechen und Unsaubern sind vom gemeinschaftlichen Leben ausgeschlossen. Die Familien haben sich in sich konsolidirt und tragen selbst zur Aufrechthaltung der Ordnung bei.

Die Klausen sind allerdings stets besetzt, aber weniger von eigentlich Tobsüchtigen, als von besonders Gefährlichen, sehr Unreinlichen, zur Flucht Geneigten oder ganz verwahrlosten neu angekommenen Kranken. Die zu Isolirräumen eingerichteten Einzelzimmer dienen dazu, temporär und schnell einen störenden Kranken zu entfernen. Das Verhältniss der längere oder kürzere Zeit Isolirten ist im Laufe der Zeit ein bedeutend günstigeres geworden; es beträgt einschliesslich der Zellenbewohner bei den Männern $4^1/_2$, bei den Frauen $7^1/_2$ Procent. Der Zwang ist möglichst beseitigt.

(Schluss folgt.)

Kleinere Mittheilungen.

(Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1868, 3. Heft p. 390.)

Ueber Irresein vor der Pubertät.

Blandford (*Behrend* und *Hildebrand*'s Journ. f. Kinderkrankheiten, 1867, 1 und 2) unterscheidet 4 Hauptformen 1) Angeborenen Idiotismus, beruhend auf Bildungsfehlern des Gehirns, meist mit Schädeldefor-

mation, charakterisirt durch unaufhörliche Beweglichkeit beim Darniederliegen des Begriffs- und Urtheilsvermögens, Stumpfheit der Sinne und Apathie (Cretinismus). 2) Idiotismus bei normaler Kopf- und Hirnbildung, entstanden nach Konvulsionen. Bei zeitiger Behandlung der The rapie zugänglich. 3) Schwachsinn, charakterisirt durch Gedächtnissschwäche, Eigensinn, Ruhelosigkeit, fehlerhafte Neigungen, Mangel des „moralischen Instinkts“, Unzugänglichkeit für Erziehung. (Eigentlich wohl als geringerer Grad der ersten Form zugehörig. Der Dressur zugänglich). 4) Wirkliche Geistesstörung, gegen die Zeit der Pubertät bei sonst gesunden Kindern als Evolutionskrankheit auftretend, mit Umwandlung des Charakters, Verdrossenheit, Zanksucht, Reizbarkeit, Abneigung gegen Beschäftigung, Verdauungsstörungen, Agrypnie. Günstige Prognose. Heilung durch Abstinenz von geistiger Anstrengung, Gebirgsluft, Bewegung und Regelung der Functionen. (Vergl. auch Wiener med. Wochenschr. 1867, Nr. 18.)

Geruchshallucinationen bei Epilepsie.
(p. 401 ibid.)

Jackson (Lancet, 1, 24. Juni 1866, Schmidt's Jahrb. 1867 Nro 14, p. 97) fand in zwei Fällen von Epilepsie subjektive Geruchsempfindungen unangenehmer Art als Vorläufer, denen bald ausgeprägte Geistesschwäche folgte. Verf. weist darauf hin, dass die Arter. cerebral. ant. sowohl den Riechkolben, als einen grossen Theil des Vorderlappens und seiner weissen Substanz, sowie auch den Balken versorgt, und daher Störungen der Cirkulation neben plötzlicher Bewusstlosigkeit und epileptiformen Zuständen auch Geruchshallucinationen erzeugen können.

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 3. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Ueber die Bedeutung der Irrenanstalten für die Behandlung der Seelenstörungen. Die Schlesische Provinzial-Irrenpflegeanstalt Bunzlau (Schluss). Die Erziehungs- u. Pflegeanstalt für geisteskranke Kinder zu Möckern. · Literatur. — Anzeige.

Ueber die Bedeutung der Irrenanstalten für die Behandlung der Seelenstörungen.

Von Dr. Cramer in Solothurn.

Aus dem so betitelten Vortrag Dr. *Cramer*'s (Rosegg bei Solothurn), in der allg. Sitzung des Vereins schweiz. Naturforscher und Aerzte am 24. August 1868 heben wir für die Leser unseres Blattes Folgendes hervor:

Dass ich es hier in der Gesellschaft der schweizerischen Naturforscher wage, über die Bedeutung der Irrenanstalten für die Behandlung der Seelenstörungen zu reden, bedarf von vornherein einer Erklärung. Es könnte nämlich scheinen, dass dieses Thema dem Bereich der Naturwissenschaften fernstünde. Indessen wird gerade der heutige Standpunkt der Psychiatrie dadurch gekennzeichnet, dass er die naturwissenschaftliche Methode in vollster Ausdehnung adoptirt. Die schönen Erfolge, welche diese junge Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten errungen hat, verdankt sie, wie viele der andern medizinischen Disciplinen, diesem überall so befruchtenden Standpunkte.

Heute zweifelt Niemand mehr daran, dass die Irren Gehirnkranke sind. Es drängt sich diese Wahrheit auch so evident Jedem auf, der mit Geisteskranken umzugehen Gelegenheit hat, dass ich während meiner 12jährigen Praxis in verschiedenen Irrenanstalten nie selbst einen Geistlichen getroffen habe, der eine andere Ansicht gehabt hätte.

Die bekannte Streitfrage über Materialität und Immaterialität der

Seele fällt hier ganz ausser Betracht; weder die eine noch die andere Richtung vermag heute noch die Erscheinung des Seelenlebens zu erklären. Diejenigen aber, welche die Immaterialität der Seele vertheidigen, sollten vor Allem die Seelenstörungen aus den materiellen Vorgängen zu betrachten gezwungen sein, da es offenbar aller Logik baar ist, annehmen zu wollen, dass die immaterielle Seele erkranken könne. In Wirklichkeit existirt meines Wissens kein Autor mehr, der die immaterielle Natur der Seelenstörungen vertheidigte.

Glücklicher Weise brauchen wir bei unserem heutigen Thema nicht auf die subtilen Streitfragen der Psychologie einzugehen. Die Grundleiden der Seele sind an und für sich ausser Zweifel gesetzt, und wenn man nicht von Theorien voreingenommen ist, leicht zu begreifen.

Alle Seelenstörungen lassen sich in zwei Gruppen trennen, die jedoch in mannigfachster Weise in einander übergehen. Wir beobachten nämlich beim Beginne jeder Störung entweder krankhaften Schmerz oder krankh. Freude. In fast allen Fällen geht der krankhafte Schmerz der krankh. Freude voran. Diese eigenthümlichen Gemüthsrichtungen werden hervorgerufen durch einen krankhaften Verlauf der Vorstellungen. In dem ersten Falle, beim krankhaften Schmerz, sind die Vorstellungen verlangsamt, bei der krankhaften Freude sind sie beschleunigt. Diesem krankhaften Vorstellungsverlaufe kann sich ein starker Geist oft noch lange Zeit widersetzen, ebenso wie nicht jeder auf gleiche Weise sich den Aeusserungen des Schmerzgefühles überlässt; schliesslich aber bricht auch der stärkste Geist zusammen und erliegt der Macht der Krankheit.

So beginnen alle Seelenstörungen, und Sie werden jetzt schon begreifen, dass alle die romanhaften Schilderungen, welche die Seelenstörungen direkt aus der geistigen Vergangenheit des befallenen Individuums erklären wollen, auf falschen Beobachtungen beruhen. Mit derselben Nothwendigkeit, mit der wir das Herz auf einen Reiz des Nervus vagus langsamer schlagen sehen, und anderseits bei der Reizung seiner Ganglien die Bewegungen beschleunigt werden, ebenso nothwendig bewirkt die den Seelenstörungen zu Grunde liegende Gehirnkrankheit in dem einen Falle Verlangsamung und in dem andern Falle Beschleunigung der Vorstellungen, welche Vorgänge sich nach Aussen projiciren als krankkafter Schmerz und krankhafte Freude.

Dieses sind die beiden unter dem Namen der Melancholie und der Manie bekannten Grundformen der Seelenstörungen.

In den meisten Fällen wird das Bild der Krankheit durch allerlei Erscheinungen von Seiten des Gehirns und Nervensystems komplizirt. Hieher gehört besonders das zur Zeit noch räthselhafte Gefühl von Druck, Schwere und Beängstigung in der Herzgegend, die sogenannte Präcordialangst.

Ebenso wichtig sind die Sinnestäuschungen, sowie die krankhaften Symptome im Bereiche der Sensibilität und Motilität. Wir können jedoch hier nicht weiter auf diese Erscheinungsreihen eingehen.

Ueber die Ursache der Seelenstörungen bemerken wir nur noch kurz, dass die Kranken fast in $^3/_4$ aller Fälle den Keim mit zur Welt bringen, der dann fast ohne Ausnahme durch das Unglück und den dadurch bewirkten psychischen Schmerz zur Entwicklung und Blüthe gebracht wird. Hiermit soll natürlich nicht gesagt sein, dass nicht auch Unregelmässigkeiten in der Lebensweise, wie sie so häufig im Gefolge des Lasters zu beobachten sind, die Entwicklung der Seelenstörungen befördern und selbst hie und da neue Anlagen zu dieser Krankheit auf viele Generationen hinaus begründen können. Durch eine derartige, dem Organismus schädliche Lebensweise werden bekanntlich auch Krankheiten anderer Organe hervorgerufen. Jeder Mensch hat sein punctum minoris resistentiae. Wird nun der Gesammtorganismus von Schädlichkeiten betroffen, so erkrankt je nach Umständen die Leber, die Lungen, das Herz, oder auch das Gehirn in der Weise, dass Seelenstörungen im Gefolge auftreten.

Die Resultate unserer Untersuchung lassen sich also zusammenstellen, wie folgt:

I. Die Seelenstörungen sind die Symptome einer Gehirnkrankheit, welche hauptsächlich durch erbliche Anlage und das Unglück hervorgerufen wird;

II. Alle Formen von Seelenstörungen stellen einen kontinuirlichen Prozess dar, der mit Melancholie beginnt und mit Blödsinn endet;

III Nur Melancholie und Manie sind heilbar;

IV. Das Fixiren der Wahnideen bildet den Uebergang zu den geistigen Schwächezuständen, Verrücktheit und Blödsinn.

Welche Aufgabe haben nun diesen Kranken gegenüber unsere heutigen Irrenanstalten?

Es wird wohl Niemand von Ihnen daran zweifeln, dass die Behandlung der Geisteskrankheiten eine rein ärztliche sein müsse. Bei jedem

Kranken aber hat zunächst der Arzt für günstige äussere Bedingungen zu sorgen. Er muss ein den sanitarischen Verhältnissen entsprechendes Krankenzimmer und die nöthige zuverlässige Krankenwartung verlangen. Er muss überzeugt sein, dass alle seine Anordnungen auf's Pünktlichste besorgt werden. Jeder praktische Arzt wird Ihnen sagen, wie schwierig diese Verhältnisse herzustellen sind.

Eine ungleich schwierigere Aufgabe hat der Irrenarzt.

Bestreben wir uns, das Analogon des Krankenzimmers mit seinem Wartpersonal herzustellen, so begegnen wir zunächst einer praktischen Forderung. Es gibt gefährliche Geisteskranke, solche, die sich und Andern Gefahr bringen. Früher hielt man jeden Kranken für gefährlich. Man sah in der Krankheit das Wirken des Satans und glaubte jedes Mittel für erlaubt, um sich vor dem Kranken sicher zu stellen.

Ich habe nicht nöthig, Ihnen die unglücklichen Verhältnisse der Kranken vor der französischen Revolution eingehend zu schildern. Bekannt ist es, dass bis in das letzte Decennium des vorigen Jahrhunderts hinein noch Hexen verbrannt wurden. Der skandalöseste der Hexenprocesse des vorigen Jahrhunderts fand im Jahre 1737 in Zug statt. Ein schwachsinniges 17jähriges Mädchen gab sich vor dem Hexentribunal in Zug als Hexe an. Auf ihre Aussagen wurden Männer, Frauen und Mädchen allen erdenklichen Folterqualen unterworfen. Ein Mann und seine junge Tochter hielten alle Qualen aus, ohne zu gestehen und wurden endlich freigesprochen. Beide blieben aber Krüppel. Ein armes Weib, „die Liederfrau aus dem Thurgau" genannt, hatte auch nicht gestehen wollen, aber Marter, Hunger und Frost machten ihrem Leben ein Ende, sie wurde am 29. Januar 1738 in einem Winkel des grabähnlichen Kerkers zusammengekauert todt gefunden. Die Angeberin wurde enthauptet; 13 Frauen und Mädchen wurden verbrannt oder strangulirt. Einigen von ihnen schärfte man noch die Todesstrafe durch vorangehendes Reissen mit glühenden Zangen, einer Frau wurde vorher die rechte Hand abgehauen und die Zunge mit feurigen Zangen aus dem Munde gerissen. (Osenbrügger, kulturhistor. Bilder aus der Schweiz.)

Ich will natürlich nicht läugnen, dass manche Geisteskranke sehr gefährlich sind, wenn auch die unglücklichen Hexen gewiss am wenigsten Unheil gestiftet haben. Meist haben sogar die Handlungen Geisteskranker einen so schauerlichen Charakter, wie man dieses bei Geistesgesunden nicht so leicht antrifft; auch ist der Selbstmord bei Geistes-

kranken so ungemein häufig, dass für den Aufmerksamen keine Woche vergeht, wo er nicht viele solche Fälle in den Zeitungen lesen kann.

Eine der Hauptaufgaben des Arztes ist es also, Bedingungen herzustellen, um solche Kranke zu sichern.

Als eine zweite Aufgabe stellte es sich dann bald nach den Pinel'schen Reformen heraus, dass für heilbare Kranke besondere Einrichtungen beschaffen werden müssten.

Natürlich gehören sehr viele gemeingefährliche und selbstmordsüchtige Kranke zu den Heilbaren, und es galt besonders als eine Aufgabe des Staates, zu verhüten, dass die gefährlichen Neigungen der Kranken zur Geltung kommen könnten. So entstanden zunächst Anstalten, die nur für Heilbare und Gemeingefährliche bestimmt waren.

Statistische Erhebungen haben gelehrt, dass die Kategorie der heilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken etwa zu 1 auf 1000 Einwohner zu veranschlagen ist, und man glaubte, den Anforderungen der Humanität und der Wissenschaft Genüge geleistet zu haben, wenn ein Platz auf tausend Einwohner in der Staatsanstalt reservirt würde. Man war sich aber wohl bewusst, dass mehr über die Hälfte der Kranken ausserhalb der Anstalten verpflegt und behandelt würden. So wurden in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts fast alle Anstalten Deutschlands und der Schweiz eingerichtet. Als nun mit der Verbesserung der Behandlungsweise der gefährliche Charakter der Kranken in den Anstalten wenigstens immer mehr zurücktrat, und anderseits durch die Resultate der Anstalten diese mehr an Vertrauen gewannen, reichte bald der Platz nicht mehr aus und noch heutigen Tages leiden fast alle Anstalten an Ueberfüllung, die vorzugsweise auch dadurch hervorgerufen wird, dass die öffentliche Meinung immer mehr verlangt, dass jedem Geisteskranken, sei er heilbar oder nicht heilbar, gemeingefährlich oder nicht, die Anstalt offen stehen müsse. Jedenfalls hat es sich als Aufgabe des Staates herausgestellt, auch die unheilbaren, nicht gemeingefährlichen Geisteskranken unter seinen Schutz zu nehmen, da deren Loos besonders bei der ärmern Klasse ein zu unverhältnissmässig klägliches gegen das der in den Anstalten verpflegten Kranken erscheinen muss. Besonders evident haben sich diese Verhältnisse in der Schweiz herausgestellt, wo sich die öffentliche Meinung stärker als in einem andern Lande Europa's geltend macht. Genaue Zählungen haben dargethan, dass bei Berücksichtigung der heilbaren und unheilbaren, gemeingefähr-

lichen und nicht gemeingefährlichen Geisteskranken mindestens auf 225 Einwohner ein Kranker zu rechnen ist, und wenn nun auch noch die Hälfte der Kranken zu Hause verpflegt würde, so ist es doch noch Aufgabe des Staates, auf 1000 Einwohner 2 Plätze in der Staatsanstalt herzustellen. In dieser Weiss haben denn schon einige Kantone der Schweiz für ihre Irren gesorgt. Der Kt. Zürich hat sogar 3 auf 1000 als Massstab für seine Anstalten angenommen, der Aargau $2^1/_2$ auf 1000, Solothurn und Thurgau verpflegen zur Zeit schon 2 auf 1000, St. Gallen, Bern, Neuenburg, Genf und Basel verpflegen nicht ganz 1 auf 1000. Die unheilbaren Kranken werden in Armenhäusern, Pfrundanstalten etc. verpflegt. Diese hohen Proportionen schrecken viele Kantone der Schweiz noch ab, neue Anstalten zu bauen. Es ist auch nicht zu läugnen, dass besonders die neuesten Anstalten der Schweiz sehr viele Mittel in Anspruch genommen haben. Wir sind weit entfernt, die betreffenden Kantone desshalb tadeln zu wollen. Ihre Bauwerke werden stets Beweise der hohen Bildung und des humanen Sinnes ihrer Bürger bleiben. Allein die meisten Anstalten Deutschlands und Frankreichs, von denen ebenfalls behauptet wird, dass sie Alles besitzen, was zum Heile und zum Wohle der Kranken förderlich ist, sind mit unverhältnissmässig geringern Kosten erstellt worden. Selbst die Anstalten Bern's und Solothurn's haben nur Fr. 4000 per Kopf gekostet, und 1000 Thaler ist der Durchschnittspreis der deutschen Anstalten. Baut man nun solche Anstalten nur für heilbare und gemeingefährliche Kranke, so wird wie oben gesagt, ein Platz auf 1000 Einwohner ausreichen. Man kann dann solche Anstalten auf möglichst bescheidenem Fuss erstellen, und bei drohender Ueberfüllung, die nach und nach durch einen Ueberschuss von unheilbaren Kranken stattfinden wird, durch Anbauten in der Nähe der Hauptanstalt, die mehr einen ländlichen Charakter haben und im Style der Arbeiterwohnungen zu errichten sein würden, abhelfen. Solche Wohnungen lassen sich zu 800 Fr. per Kopf erstellen und gewähren den Kranken gewiss alle Vortheile der grossen Paläste. Werden die Kantone der Schweiz, welche bisher noch von den allzugrossen Kosten sich abschrecken liessen, diesen Standpunkt adoptiren, so glaube ich nicht, dass sie irgendwie zu rechtfertigende Einwendungen in finanzieller Beziehung machen können, um so weniger, als schon einige kleine Kantone der Schweiz ihr Irrenwesen vollständig geordnet haben. —

Wir müssen nun an jede Anstalt die Forderung stellen, dass sie

jedem Kranken nach seiner Individualität zu bieten im Stande sei, was zu seiner ärztlichen Behandlung, zu seiner Beschäftigung und Unterhaltung nothwendig ist.

In früheren Zeiten hat man allerlei komplicirte Eintheilungsprincipien aufgestellt, die sich aber in der Praxis nicht bewährt haben. Heutzutage sind alle Irrenärzte einig, dass drei Hauptabtheilungen nothwendig sind, nämlich für ruhige, unruhige und aufgeregte Kranke; absichtlich brauche ich nicht den Namen tobsüchtige Kranke, da dieselben in den Anstalten immer seltener werden. Für jede dieser Klassen müssen für sich abgeschlossene Abtheilungen existiren, damit nicht etwa Kranke zusammen kommen, die sich gegenseitig beunruhigen.

Eine so gebaute, eingerichtete und organisirte Anstalt ist das Analogon eines guten Krankenzimmers, was in Privatverhältnissen nie in solcher Vollkommenheit erreicht werden kann. Sie erfüllt nicht nur die äusseren Bedingungen eines Krankenzimmers, *sie ist auch ein direktes Heilmittel.*

Durch den entschiedenen, mit grosser Autorität ausgestatteten Willen, der überall vernünftiges Denken, Reden und Handeln zu erstreben sucht, der alle Wahnideen einfach nur in soweit berücksichtigt, als sie Krankheitszeichen sind, wird der neu eintretende Kranke ebenfalls dahin gebracht, sich der Hausordnung zu unterwerfen.

In den Unterhaltungen, die der Arzt täglich mit ihm pflegt, bekommt er keine so umständliche Lügen vorgemalt, wie man sie in Romanen und Schauspielen als geistreiche Behandlungsmethoden preist; der Arzt sagt ihm, was wahr und krankhaft in seinem geistigen Leben ist. So wird der Kranke durch alle Vorkommnisse der Anstalt auf den vernünftigen Weg gewiesen; seine krankhaften Vorstellungen und Gemüthsrichtungen brechen sich an den starren Formen der Hausordnung.

Der neu eintretende Kranke kommt, wenn immer möglich, zuerst auf die Abtheilung der Ruhigen; kann er aber die dort geforderten Bedingungen nicht erfüllen, so wird er auf andere Abtheilungen versetzt.

So kommt der frisch eintretende Kranke stets in eine Gesellschaft, wo er Kranke antrifft, die viel ruhiger sind, als er selbst, die durch ihr vernünftiges Benehmen ihm das heilsame Beispiel der Ordnung und des Gehorsams darbieten. Auch sieht er seine eigene Krankheit in verschiedenen Formen wieder, er wird zu Vergleichungen veranlasst, und end-

lich zum Bewusstsein seiner Krankheit gebracht, ein Gewinn, der nicht hoch genug angeschlagen werden kann.

Sehr häufig hört man die Ansicht aussprechen, dass ein Kranker in Gesellschaft anderer Kranken nicht gesund werden könne. Aus dem Vorhergehenden wird jedoch Jedem klar sein, dass in einer richtig gebauten und organisirten Anstalt weder einem kranken noch einem gesunden Menschen irgend ein Nachtheil zufallen kann.

In Wirklichkeit habe ich noch keinen Genesenen über diesen Punkt klagen hören.

So weist ein geordneter Anstaltsorganismus dem verirrten Geist vernünftige Wege an; die Wahnideen des Kranken können möglichst wenig zur Geltung kommen und unter dieser strengen geistigen Diät heilt erfahrungsgemäss am schnellsten die Krankheit im Gehirn, welche die Seelenstörung hervorbrachte.

Wenn wir auch die medikamentöse Behandlung in vielen Fällen nicht gering anschlagen wollen, so müssen wir doch den Organismus einer guten Anstalt als das mächtigste Heilmittel betrachten. Eine gut geleitete Anstalt wirkt in analoger Weise gegen die krankhaften, geistigen Verirrungen, wie gute Verbände bei den chirurgischen Vorkommnissen.

Die grosse Gewalt dieses Mittels zeigt sich denn auch bei allen frischeintretenden Kranken. Sie werden fast in den ersten Tagen besser, und gar oft beobachtet man selbst nach langdauernden Leiden in den ersten Tagen des Aufenthalts in den Anstalten die beginnende Genesung. Natürlich tritt in den meisten Fällen die Krankheit, nachdem die ersten günstigen Wirkungen des Anstaltsorganismus verflogen sind, wieder mehr in den Vordergrund. Immer aber wird der Anstaltsorganismus von der grössten Bedeutung sein, wenn es sich darum handelt, das aus den Fugen gegangene geistige Leben wieder in die richtige Form zu bringen.

Ich habe an dieser Stelle nicht nothwendig, Vorurtheile zu bekämpfen, die noch hie und da von skandalsüchtigen Advokaten und falschen Philanthropen gegen die Anstalten genährt werden.

Dass den Anstalten noch viel zur Vollkommenheit fehlt, dass nicht alle Kranken gesund werden und am wenigsten diejenigen, die uns nach jahrelanger geistiger und körperlicher Misshandlung in die Anstalten gebracht werden, dass wir nicht im Stande sind, allen Unglücksfällen

vorzubeugen, das sind alles Vorwürfe, die die Irrenanstalten eben so gut wie die übrigen Krankenhäuser und alle menschlichen Einrichtungen überhaupt treffen. Nur eines Vorwurfes will ich gedenken, der immer wieder von der Presse und blöden Romanen erhoben wird, nämlich, dass in den Anstalten Geistesgesunde auf verbrecherische Weise zurückbehalten würden.

Wir haben schon oben bemerkt, dass es Kranke gibt mit Verfolgungsideen. Dass solche Kranken im sekundären Stadium besonders in den Anstalten die widerrechtlichsten Institute der Welt sehen, den Arzt für den leibhaftigen Teufel halten, jedes Wort desselben zu Gunsten ihres Wahnes benutzen, ernstliche Ermahnungen für grobe Misshandlungen, liebevolles Entgegenkommen für Heuchelei erklären — das ist natürlich eine ganz gewöhnliche Beobachtung; solche Kranke können nicht anders denken und handeln, sie müssen die Aerzte und die Anstalten verlästern. Kann ein solcher Kranker nur einigermassen seine Sache mundgerecht machen, so findet er auch seinen Fürsprecher, und bald ist der Arzt in Anklagezustand versetzt. Freilich ist bisher in Europa kein Arzt wegen verbrecherischer Einsperrung eines Gesunden rechtlich verurtheilt worden, und ich nehme keinen Anstand, alle entgegengesetzten Aussagen für entschiedene Lügen zu erklären.

Ich habe nicht nöthig, weiter auf diese Vorurtheile einzugehen und glaube nachgewiesen zu haben, *dass die Bedeutung der Irrenanstalten nicht nur darin zu suchen sei, dass in denselben Kranke, die sich und andern gefährlich sind, auf die humanste Weise detinirt werden, sondern dass sie auch harmlosen Kranken das angenehmste Asyl bieten und heilbare Kranke vor Allem in die geeignetsten Bedingungen zu ihrer Genesung versetzen.*

Diese Sätze sind heute von der Wissenschaft als erorbert zu betrachten, und trotz aller Anfechtungen gewinnen die Anstalten immer mehr an Vertrauen.

Die wissenschaftlich errungene Wahrheit, dass die Irren Kranke und keine Verbrecher, dass sie die unglücklichsten Menschen und desshalb auch des Mitleids am meisten bedürftig sind, hat alle Schichten des Volkes durchdrungen, und gerade hier in der Schweiz, wo der Wille des Volkes ungekünstelt zur Geltung gelangt, bringt diese wissenschaftliche Errungenschaft die schönsten Blüthen. Sie finden zur Zeit nur wenige Kantone in der Schweiz, die nicht an der Verbesserung oder

Neugestaltung ihres Irrenwesens arbeiten. Schon jetzt steht die Schweiz allen Staaten des Continents ebenbürtig zur Seite, und wenn die neuen Anstalten der Kantone Zürich, Aargau und Waadt bezogen sein werden, so zählt die Schweiz in ihren öffentlichen Anstalten 2500 Plätze, also auf 1000 Einwohner einen Platz — eine Proportion, die mit Ausnahme von Hamburg, noch kein Staat des Continents erreicht hat. Natürlich bleibt noch viel zu thun übrig, da selbst einige grössere Kantone noch nichts für ihre Irren geleistet haben. Allein sie müssen nachfolgen und werden auch theilweise von der Stimme des Volkes zum Eortschritte gedrängt. So dürfen wir diese Frage in der Schweiz im Sinne der Wissenschaft und der Humanität als gelöst betrachten. Und wiederum hat die Wissenschaft einen Triumph geerntet auf einem Felde, wo sie der Religion und den socialen Bestrebungen unserer Zeit begegnet

Führt doch die wahre Wissenschaft stets zum Humanismus, dem nichts Menschliches fern bleibt.

Die Schlesische Provinzial-Irren-Pflege-Anstalt Bunzlau.

(Schluss.)

Arbeit. Der Zweck der Anstalt, den Pfleglingen nicht allein ein möglichst behagliches Dasein zu bereiten und sie vor allen Unbillen der Aussenwelt zu bewahren, sondern auch ihre Kräfte und Fähigkeiten nützlich zu verwenden, wird erreicht, einerseits durch die sorgfältige Aufsicht und Pflege ihrer leiblichen Bedürfnisse und die grösste Ordnung in allen Zweigen der Verwaltung, andererseits durch die Erziehung zu Zucht und Sitte, hauptsächlich durch *Arbeit*, welche auf das körperliche und geistige Befinden der Pfleglinge den wohlthätigsten Einfluss ausübt. Von den Männern sind konstant beschäftigt in und ausserhalb des Hauses 127, von den Frauen im Hause 98, also mehr als die Hälfte sämmtlicher Pfleglinge, was bei der Menge der Siechen und zu jeder Beschäftigung geistig Unfähigen ein erfreuliches Resultat ist.

Der theils baar gezahlte, theils nach sehr niedrigen Sätzen berechnete Arbeits-Verdienst der Pfleglinge betrug 1863 347 Th., 1864 1106 Th., 1865 1314 Th., 1866 1322 Th.

Nicht allein sind innerhalb der Mauer Erholungsgärten angelegt, sondern es ist auch ausserhalb derselben ein ganz unkultivirtes Stück Land zu einem Gemüsegarten umgeschaffen, welches 1864 341 Th., 1865 562 Th., 1866 475 Th. eintrug.

Von wesentlichem Vortheil ist der grössere Grundbesitz, welcher zu Arbeit im Freien reichlich Gelegenheit gibt.

Erholung. Auch für sie sind bestimmte Stunden festgesetzt; sie besteht in Aufenthalt im Garten, gemeinschaftlichen Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lectüre, Musik, Tanz. Für jede kleine Vergünstigung, durch welche die Monotonie des Anstaltslebens unterbrochen wird, sind die Pfleglinge stets in hohem Grade dankbar.

Gottesdienst wird von den kathol. und evangel. Geistlichen aus der Stadt abgehalten. In besonderen Fällen wird der Besuch der Geistlichen erbeten. Im Allgemeinen ist ein eigentliches religiöses Bedürfniss nur bei wenigen Pfleglingen vorhanden.

Die Anstalt erreichte den vollen Stand der Pfleglinge im April 1865. Am 1. Jan. 1866 waren bereits 45 Expectanten vorhanden, am 31. Dec. 97, am 1. Juli 1867 136, am 30. Aug. nahe an 160. Die Anstalt wird also je länger desto weniger im Stande sein, den an sie gestellten Anforderungen zu genügen.

Dem Bedürfniss kann abgeholfen werden:

a) durch Entlassung nicht gemeingefährlicher Kranken. Der Begriff der Gemeingefährlichkeit ist sehr relativ und dehnbar. Die Bedingung der Aufnahme ist die Gemeingefährlichkeit, und sollen ungefährliche oder nicht mehr gemeingefährliche entlassen werden. Ausser den Tobsüchtigen oder sonst Gefährlichen werden dahin auch die gerechnet, deren Pflege sehr erschwert ist, oder welche ihrer Umgebung auf irgend eine Weise lästig werden. Bei so erweitertem Begriff gibt es überhaupt nur sehr wenig Irre, welche nicht receptionsfähig für die Anstalt sind. Der Anstalt gelingt es oft in ganz kurzer Zeit, Unruhige und Widerspänstige dauernd zu beruhigen; solche Kranke sind aber nur unter der Disciplin der Anstalt nicht gemeingefährlich und können mit Sicherheit nicht entlassen werden, weil mit wieder erlangter Selbstständigkeit der Conflict mit der Aussenwelt sofort auch wieder ausbricht.

Stille, Gutmüthige, Schwachsinnige, die entlassen werden könnten, stammen meist aus armen Familien und Gemeinden, denen die Sorge für sie oft recht schwer fällt. Solche Kranke aber, die in der Anstalt ein

wahres Asyl gefunden haben, wieder dem Mangel und übler Behandlung preiszugeben, wäre inhuman.

Ist auch die Entlassung nicht gemeingefährlicher Kranken im Prinzip festzuhalten, so wird doch der Gewinn an Plätzen dadurch niemals ein bedeutender sein, weil die Zahl solcher Ungefährlicher in der Anstalt überhaupt nie bedeutend ist, bei manchen auch noch besondere Rücksicht und Erwägung stattfinden muss, ehe an die Ausführung der Massregel selbst gedacht werden darf.

b) Durch stärkere Belegung der Anstalt, die aber, abgesehen von anderen Verhältnissen, auch in sanitätspolizeilicher Rücksicht nicht statthaft erscheint.

c) Durch Erweiterung der Anstalt. Die Anlage neuer Krankenhäuser ist möglich; es könnten dadurch 75—85 Stellen mehr geschaffen werden. Doch wird mit dieser Zahl dem Bedürfnisse noch nicht genügt, und die Aufnahme-Gesuche werden über alles Verhältniss sich mehren, wenn erst das Interesse für die Irren auch in den Kreisen rege wird, wo es bis jetzt eigentlich noch brach gelegen hat.

d) Durch Anlage einer Filiale, in der eine bestimmte Kategorie von Kranken, z. B. die Epileptischen, oder von Kindheit an Blödsinnigen, zu vereinigen wären. Wahrscheinlich würden dann aber die Einrichtungskosten einer Eiliale ausser allem Verhältniss hoch werden, und dabei eine neue gesonderte Verwaltung sich nicht umgehen lassen.

e) Durch Anlage einer Kolonie. Diese, mit der jetzt bestehenden Anstalt als Mittelpunkt, ist nach Dr. *Keller*'s Ansicht das beste, wahrscheinlich auch das billigste Mittel. In der Nähe der Anstalt werden je nach Bedürfniss kleinere, schmucklose Häuser gebaut, umgeben von Gärtchen, für 12—15 Kranke. Diese wohnen und schlafen daselbst, essen aber in der Anstalt, der sie angehörig bleiben. Die Aufsicht in den einzelnen Häusern wird einem verheiratheten Wärter anvertraut. Kranke, welche Störung machen, werden sofort in die Anstalt zurückgenommen.

Die Vortheile dieser Art Unterbringung sind bedeutend: Möglichkeit, viel mehr Irre entsprechend zu pflegen, kein grosser Aufwand, allmälige Erweiterung je nach dem Bedürfniss, concentrirte, nur erweiterte Verwaltung, günstiger Einfluss der grösseren Freiheit auf die dafür geeigneten Kranken.

Die Idee einer Kolonie lässt sich praktisch verwerthen, und ohne

Schwierigheit sehr wohl ausführen. Sie ist bereits mit Glück ausgeführt in Einum bei Hildesheim und ist in Aussicht genommen in Nieder-Oestreich, in Böhmen und in Königslutter.

Die Erziehungs- und Pflegeanstalt für geisteskranke Kinder zu Möckern bei Leipzig.

Am 10. Dec. v. J. starb unser verehrter und allgemein geachteter und geliebter Kollege, Herr Dr. *Ferd. Kern*, der obige Anstalt vor 26 Jahren gegründet und bis dahin dirigirt hatte, unterstützt von seiner praktisch tüchtigen und von liebenswürdiger Humanität beseelten Gemahlin, die wir oft auf den Naturforscher-Versammlungen an der Seite ihres Mannes zu begrüssen die Freude hatten. Sie hat es unternommen, nach Genehmigung der Königl. Sächs. Regierung, die Anstalt ihres verstorbenen Mannes fortzuführen, nachdem sie schon über 25 Jahre darin thätig war. In der Leitung derselben steht ihr ein Curatorium zur Seite, bestehend aus den Herren Professor Dr. *Sonnenkalb*, Professor Dr. *Winter*, Dr. *A. Meissner* zu Leipzig und Dr. *Köhler*, Oberarzt zu Hubertusburg.

Als Hausarzt der Anstalt fungirt Herr Dr. *Hänel*, als Lehrer Herr *Funke*, welcher schon fast 8 Jahr lang in der Anstalt thätig war, als Lehrerin die Tochter des seel. Dr. *Kern*.

So ist dieses Institut, eines der ältesten und grössten Deutschlands, dessen Ruf auch über dessen Grenzen weit hinausgeht, in guten Händen geblieben, was die vielen Freunde Dr. *Kern*'s seiner ausgezeichneten Schöpfung nur wünschen konnten, damit das Werk auch für die Zukunft erhalten bleibe.

Literatur.

Irren-Colonien und Familial-Verpflegung. Studien zweier hervorragenden Fragen auf dem Gebiete der öffentlichen Irrenversorgung von Dr. *Alexander Levy*. Trier. F. A. Gall. 1869.

Vf. „versuchte“, wie er im Vorworte sagt, „das Wichtigste, was über Irren-Colonien und Familial-Verpflegung bisher geschrieben wurde,

zusammen zu fassen," und hofft, „in dem den Thatsachen beigefügten Raisonnement möglichst objectiv geurtheilt und Einiges zur Orientirung auf diesem, ausserhalb der Fachwissenschaft wenig gekannten Gebiete beigetragen zu haben."

Nach Durchsicht der Broschüre glauben wir, dass dem Verf. sein Versuch so ziemlich gelungen ist, und dass jene, wenn sie „ausserhalb der Fachwissenschaft" in vielen Exemplaren abgesetzt wird, was wir hoffen und wünschen, — zur Orientirung der Nicht-Irrenärzte auf diesem Gebiete beitragen wird.

Es freut jeden Unpartheiischen, am Kopfe der Abhandlung den Satz *Damerows* (1862) zu finden: „Mit den jetzigen Irrenheil- und Pflege-Anstalten ist für die Zukunft nicht mehr auszukommen". Vf. wird überhaupt durch seine geschichtlichen Notizen der Vergangenheit gerecht und belehrt die auf diesem Gebiete noch nicht bekannten Leser, dass in den dasselbe betreffenden Fragen nicht der Neuzeit die Priorität zukommt.

Den Irren-Colonien, wie Gheel, werden die „geschlossenen", die Ackerbau-Colonien gegenüber gestellt. „Die Colonie zu Gheel entstand durch nichts Anderes, als die von jeher geübte Verpflegung der Irren in den Familien". „Die Ackerbau-Colonien dagegen sind Theile geschlossener, durch die Wissenschaft geleiteter Anstalten, welche den wohlthätigen, von jeher gepriesenen Einfluss der Arbeit in freier Luft für die Behandlung der Geisteskranken und für die ökonomischen Verhältnisse der Anstalt zur Verwerthung bringen."

Ref. glaubt, dass seit Gründung einer geschlossenen Anstalt in Gheel der vom Verf. bezeichnete Unterschied nicht mehr so scharf ist. Jetzt sind auch in Gheel die Familien-Wohnungen nur „Abtheilungen" der geschlossenen Anstalt, von der aus sie überwacht und geleitet werden, aus der und in welche zurück Versetzungen statthaben. In Gheel sind die *ausserhalb* der Anstalt lebenden Irren nur in *vielen* Wohnungen vertheilt, sie leben in weiteren Distanzen von einander, während die Ackerbau Colonie nur *eine* Filiale der geschlossenen Anstalt ist, und zwar nur für *arbeitsfähige* Kranke, unter der *beständigen* Controle von Anstaltswärtern; dagegen leben in Gheel arbeitsfähige *und* unfähige in den Familien, nur *zeitweise* kontrolirt von den Anstaltsbeamten. In Gheel ist die Freiheit der Irren eine grössere, zum grossen Theile aber nur scheinbar.

„Zwei verschiedene Motive“, sagt Verf., drängten die Thätigkeit der Irrenärzte grade auf diesen Punkt. Zunächst die allmälig an Boden gewinnende Idee des Non-restraint, der zwangfreien Behandlung. Obwohl in Gheel noch immer Zwang auf widerspenstige Irren ausgeübt wird, so hat doch das dort ausgeübte System die *Freiheit* der Kranken zur Grundlage, und hierdurch einen gewissen Anklang an Non-restraint.“

Allerdings Aber Ref. erinnert daran, wie grade die positiven Seiten des *N. R.*, die nach *allen* Seiten hin humane und den Kranken zufrieden stellende Behandlung grade in der *wenig kontrolirten* Familial-Verpflegung Schiffbruch leiden kann. Die *Freiheit* ist in Gheel vielfach nur scheinbar, abgesehen von den vielen Fällen instrumentalen Zwangs.

„Das zweite Motiv lag auf ganz anderem Gebiete: es war die harte Thatsache der stets wachsenden Anzahl von Irren, die verpflegt werden mussten, eine Thatsache, die sich in der von Jahr zu Jahr sich weiter ausdehnenden Ueberfüllung der bestehenden Anstalten unverhüllt zeigte.“

Dies Motiv scheint Ref. das wichtigere; die *Noth* führt zur Kolonisation der Irren, *mit der* Ueberzeugung, dass manche der *in* Anstalten lebenden Kranken auch ausserhalb ihnen leben *können*.

Vf. bespricht alsdann A. die Ackerbau-Colonien, ihre Vortheile, die Einwürfe gegen sie, ebenso B. Gheel, C. die Familial-Verpflegung der Irren, namentlich in Baden und in Schottland.

In seinen *Schlussfolgerungen* legt sich Vf. die Frage vor: „Empfiehlt sich eines der besprochenen Systeme der Irrenverpflegung zur Nachahmung?

„Keine Colonie“, sagt er, kann vollständig an Stelle der Irrenheilanstalt treten“. Ref. freut sich, einen Nicht-Irrenarzt gewissen Illusionen entgegen treten zu sehen.

„Die Arbeit im Freien und der Schein der Freiheit kann auch in vernünftig geleiteten geschlossenen Anstalten geboten werden. Auf den Nutzen des Garten- und Ackerbaues für Irre haben von jeher die grössten Psychiater hingewiesen. Auch haben die besseren älteren und die meisten neuerbauten Anstalten Terrains für diesen Zweck.“

Vf. praecisirt seine Schlussfolgerungen dahin:

1) Ackerbau-Colonien lassen sich mit ökonomischem Vortheil nur bei grossen Anstalten anlegen. Bei mittelgrossen Anstalten genügt für den Heilzweck der Garten- und Feldbau innerhalb der Anstalt. Bei Privat-Anstalten bedürfen solche Colo-

nien einer steten Controle durch die Behörde. Gheel selbst ist nicht nachzuahmen; es wird immer nur *ein* „Paradies der Irren“ geben. Doch das Princip, auf dem Gheel beruht, das der Familial-Verpflegung, hat grosse praktische Wichtigkeit.

2) Es empfiehlt sich, unheilbare, selbst rekonvalescente Irren bei Privatfamilien unterzubringen. Doch muss in diesem Falle seitens des Staats und der Gemeinde für ausreichende, unausgesetzte Controle gesorgt sein. Hierzu wäre die Einsetzung einer Irren-Commission für jeden Regierungsbezirk erforderlich.

Bei einer derartig eingerichteten Familial-Verpflegnng wird die Mitwirkung aller praktischen Aerzte von eingreifender Bedeutung sein.

Hierdurch wird eine dritte wichtige Schlussfolgerung begründet, zu welcher viele Schriftsteller bereits auf ganz anderem Wege gelangt sind:

3) Der öffentliche Unterricht in der Psychiatrie ist eine Hauptbedingung für die gute öffentliche Versorgung der Geisteskranken. Derselbe bedingt die Einrichtung psychiatrischer Kliniken resp. Verlegung von Irren-Anstalten in die Nähe der Universitäts-Städte. Dr. *S.*

Anzeige.

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 4. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen. Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Aerztliches Gutachten über den Geisteszustand des ehemaligen Sträflings Johann Gottlieb Glaeser. Einwirkung von Morphium-Einspritzungen bei Geisteskrankheiten mit peripheren Sensationen.

Aerztliches Gutachten über den Geisteszustand des ehemaligen Sträflings Johann Gottlieb Glaeser.

Von Dr. Keller, Direktor der Irrenpflege-Anstalt Bunzlau in Schlesien.

J. G. Glaeser, 35 J. alt, evang., zu 25 J. Zuchthaus verurtheilt aus der Strafanstalt als geistesgestört entlassen und seit dem 11. Jan in hiesiger Anstalt, bot von Anfang an einen zweifelhaften Geisteszustand dar. Ich habe mich nach längerem Schwanken für seine *Zurechnungsfähigkeit* entschieden und motivire dieses mein Urtheil in Folgendem.

G. hat schon als 12jähriger Knabe einen Strassenraub begangen und ist dafür mit 3 J. Zuchthaus und 30 Ruthenhieben bestraft worden (4. Dec. 1844). Während der Zeit seiner Haft bekannte er sich noch zu mehreren gewaltsamen Diebstählen, und erhielt dafür eine Zusatzstrafe von 3 Monaten nebst 30 Ruthenhieben. Am 10. März 1848 hatte er diese Strafe verbüsst, und bereits am 13. März beging er wieder einen gewaltsamen Diebstahl, wofür er mit 1 J. Zuchthaus und nachträglicher Detention in einer Besserungs-Anstalt bis zum Nachweis des ehrlichen Erwerbes bestraft wurde. Dieses letztere fiel nach Einführung des neuen Strafgesetzbuches weg.

Nach seiner zweiten Entlassung aus dem Zuchthaus (22. Mai 1849) hat er nur kurze Zeit als Knecht gedient, meist sich umhergetrieben und mehrfache neue Diebstähle begangen. Im September 1847 wurde

er verhaftet, entsprang aber aus dem Gefängniss, setzte sein altes Treiben fort, wurde im Januar 1850 abermals verhaftet und vom Schwurgerichte zu Bunzlau am 24. Oktober 1850 wegen vier einfacher und zwei gewaltsamer Diebstähle, versuchten Todtschlages und Landstreicherei zu 25 J. Zuchthaus und nachträglicher Detention in einer Corrections-Anstalt verurtheilt. Diese Strafe trat er in Görlitz am 17. Dec. 1850 an. Die Akten der K. Strafanstalt enthalten aus dem 1. und 3. Aufenthalt daselbst (während des 2. scheint er sich gut geführt zu haben) eine lange Liste von Disciplinarstrafen wegen Lügen, Possenreissen, boshaften und ungezogenen Benehmens, Faulheit, Betrügerei, schlechter Arbeit, Uriniren neben dem Kübel, Verdacht von Onanie, Fluchen im Saal, Einwickeln eines Fadens in die Cigarre u. s. w.

Die Andeutung einer geistigen Störung findet sich zuerst in einer Anzeige vom 1. Sept. 1855, nach welcher G. „unsinniges Zeug" sprach, „doch schien der Umstand, dass er weder in seiner Arbeit, noch in seinem sonstigen Verhalten gegen früher eine Aenderung gezeigt, eher für eine Simulation zu sprechen."

Vom 10. Oktober 1856 findet sich darüber ein Zeugniss des Anstaltsarztes, worin derselbe den etc. G. in Bezug auf seinen Gemüthszustand völlig gesund nennt und hinzufügt: „Seine Eührung, früher in der Freiheit sowohl, wie hier in der Anstalt, ist stets sehr schlecht gewesen, und wenn er zuweilen, nachdem er im Zuchthause Excesse begangen, aus Furcht vor Strafe Spuren von einer Geistesstörung zur Schau trug, so muss man das Simulation heissen, da auch die längste und sorgfältigste Beobachtung kein Zeichen einer Gemüthskrankheit erkennen lässt."

Unter dem 16/1 1857 findet sich indess eine Notiz, in welcher G. als geistesgestört mit erwähnt wird, ohne dass aus den Akten Näheres ersichtlich ist. Auch erhielt er in diesem Jahre noch zahlreiche Disciplinarstrafen.

Vom 24/10 1858 ist ein Brief von G. bei den Akten mit dem amtlichen Vermerk: „geht natürlich nicht ab, da G. irrsinnig ist". Derselbe ist allerdings sehr konfus und enthält viel Unsinn.

Sämmtliche zur Conferenz am 25/10 1858 versammelten Anstaltsbeamte halten G. für geistesgestört und zwar „seit längerer Zeit".

Der Arzt hat sehr lange gezögert, ehe er das in dieser Sache er-

forderte Gutachten abgegeben. Ers unter dem 13/3 1859 erklärt er Folgendes:

„Der Sträfling G. ist ein schlechtes, moralisch ganz verwahrlostes Subjekt. Seit längerer Zeit äusserte er seltsame Reden, indess verrichtete er dabei seine Arbeit und blieb im Allgemeinen immer ruhig und still. Bei dem einen Besuch konnte man sich mit ihm über manche Verhältnisse, über seine Vergangenheit, über seine Pläne für die Zukunft unterhalten, und man vernahm von ihm verständige Aeusserungen; bei einem andern Besuch dagegen schwatzte er das verworrenste Zeug durcheinander, ohne dass man länger als für Augenblicke seine Aufmerksamkeit für einen bestimmten Gegenstand zu fesseln vermochte.

„„Wer geboren wird und vom Herrn nicht angenommen, den bindet der Scharfrichter und hält ihn mit dem Strick am Nacken. Wer nur eine Maschine hat, besonders der Scharfrichter, kann dann die Leute am Stricke führen, wie er will, er kann sie verwandeln in Früchte, in Wasser, in Erde. Ich selbst bin von der Frau des Stockmeisters in L. gebunden worden und mit einem Strick am Halse hier eingeliefert. Später hat man mich holen wollen, doch wurde dies durch den Pastor S. verhindert. Der Direktor hat den Inspektor K. auf gleiche Weise gebunden und kann ihn noch heut nach Willkür verwenden. An das Staatsministerium habe ich vor 9 J. geschrieben, dass die Frau in L. die Herrschaft über mich verkauft hat, und dass ich für eine andere Person die Strafe erleiden muss. Sie haben mir dort mit einer Feder Blut aus dem Körper gezogen und hierauf wieder die Seele in den Körper hineingehen lassen. In der Hölle bin ich auch mit dem Herrn Direktor zusammengetroffen, die Hölle war ein Ameisenhaufen voll Menschen, die den Tag über auf Bäumen klettern und deren Nadeln abpflücken müssen, welche dann Abends von der Herrschaft gesammelt und zum Räuchern verbrannt werden.““

„Bei all' seinen verkehrten Aeusserungen spielt die Idee vom Anknüpfen und Anbinden des Körpers und dem Herausreissen der Seele eine Hauptrolle.

„Bei späteren Besuchen wurde es immer mehr unmöglich, seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu fesseln, und nach wenigen Bemerkungen schweiften stets die Gedanken auf vage Weise

von einer Sache auf die andere. Auch das Erinnerungsvermögen ist immer mehr erloschen, so dass er sich nur auf einzelne frühere Ereignisse besinnen kann, während das Andenken an alles Andere verschwunden ist. Der ganze Ausdruck des Gesichts, besonders der eigenthümliche Blick, zeigt deutlich eine Störung des Gemüths. Zeiten der Aufregung waren bisher nicht zu beobachten, vielmehr ist jetzt der Zustand fast unverändert. G. ist im Gemüth tief gestört, und man muss ihn „wahnsinnig“ nennen."

In Folge dieses Gutachtens wurde gegen G. das Provocations-Verfahren eingeleitet. In dem am 16/8 1859 stattfindenden Termin erklärten ihn beide sachverständigen Aerzte übereinstimmend für „wahnsinnig“, weil das Selbstbewusstsein, die Anerkenntniss der eigenen Persönlichkeit durch Wahnvorstellungen aufgehoben und G. des Gebrauchs seiner Vernunft gänzlich beraubt sei.

Die Provocations-Verhandlung sowohl, wie das Gutachten der Aerzte enthält wesentlich nichts Anderes, als was oben mitgetheilt ist. Das Urtheil ist vom Kreisgericht zu L. am 9/9 1859 ergangen und am 15/11 rechtskräftig geworden.

In Folge dessen wurde die Entlassung des G., welcher als geistesgestört nicht mehr haftfähig sein konnte, aus der Strafanstalt beantragt, und erfolgte dieselbe auf Rescript des Justizministers vom 11 1 1860 unter dem Vorbehalt:

der Wiedereinziehung, falls die Geistesgestörtheit sich später noch einmal wieder verlieren sollte

am 18/2 1860.

G. wurde als geistesgestört bei der Irren-Bewahr-Anstalt angemeldet und unter Nro 628 in Plagwitz und 985 in Brieg als Exspectant notirt.

Vom Dec. 1860 befindet sich bei unsern Personal-Akten ein ärztliches Zeugniss, welches sein konfuses Wesen und seine Gemeingefährlichkeit konstatirt.

Ein andres vom Juni 1863 erwähnt die fixe Idee, dass der geistliche Kaiser von Japan allein im Stande sei, ihn zu heilen, indem er es verstände, den zusammengewachsenen Geist (Körper?) mit der Seele zu trennen, im Uebrigen sei nichts Krankhaftes an ihm zu entdecken. Eine Bewachung sei nicht erforderlich.

Bei der Eröffnung der hiesigen Irren-Pflege-Anstalt im Jahr 1863



sollte G. als einer der Ersten mit aufgenommen werden. Da aber jenes Attest ihn als „vollständig ruhig und friedlich" schilderte, so lehnte die Verwaltungskommission unter dem 14/8 1863 die Aufnahme des G. als nicht gemeingefährlich ab und wurde derselbe aus der Exspectantenliste gestrichen.

Im November 1864 wurde er wegen Verdacht des Diebstahls in L. verhaftet, musste aber entlassen werden, da sich herausstellte, dass er für wahnsinnig erklärt sei. Die betreffende Anfrage beantwortete das Ortsgericht mit dem Zusatz, dass „G.'s Zustand seit seiner Abholung aus G. sich bedeutend gebessert habe." Er wurde nun als ältester Exspectant am 11/1 1865 in der hiesigen Anstalt aufgenommen.

G. benahm sich ganz still und ruhig, sprach Anfangs allerdings närrisches Zeug durcheinander, bald indess äusserte er dasselbe gar nicht mehr, fing an sich zu beschäftigen und machte sich vielfach nützlich. Unter den Kranken bewegte er sich mit grosser Sicherheit und Gewandtheit, der siechen Pfleglinge nahm er sich besonders an. Das vermehrte Vertrauen, welches ihm der Wärter in Folge dessen schenkte, musste derselbe sehr bald büssen; am 24/4 war G. verschwunden. Schon damals setzte *ich* einigen Zweifel, ob eine Geisteskrankheit vorhanden sei. Die alsbald ausgesandten Steckbriefe hatten keinen Erfolg. Erst am 10/12 1865 wurde er wieder eingeliefert, und war auch nur ergriffen worden, weil er sich beim Suchen einer Nachtherberge den rechten Fuss verrenkt hatte. Bis auf das defect gewordene Hemd brachte er die sonstigen aus der Anstalt mitgenommenen Kleidungsstücke in ziemlich gutem Zustand zurück. Was er während seiner fast achtmonatlichen Abwesenheit getrieben, darüber äusserte er sich mit grosser Zurückhaltung, während er die Details seiner Flucht genau angab. Er wollte als Ziegelstreicher und Arbeiter sich sein Brod erworben, für die Nacht sich irgendwo Schlafstelle gesucht haben; doch verbarg er offenbar sehr Vieles, und der Verdacht, dass er seine früheren Wege gegangen, erschien nur zu sehr gerechtfertigt.

Ich beobachtete nun G. selbst genau und stellte ihn unter besondere Aufsicht des in dieser Beziehung sehr gewandten und zuverlässigen Vice-Oberwärters S. Es kamen da allerdings eine Menge wunderlicher Vorstellungen von Verknüpfen und Anbinden der Seele zu Tage, doch sprach er von all diesen Dingen (wesentlich dieselben, wie sie oben mitgetheilt) ohne alle Aufregung, und, wie in den ärztlichen Akten darüber vermerkt

ist, gewissermassen historisch. In seinem Wesen und Verhalten bemerkte man auch jetzt keine Störung, sein Thun und Treiben war vollständig besonnen.

Vom Juni bis Septbr. 1866 wird im Journal bemerkt, dass er fleissig sei, sich füge, obgleich er gern allerlei Ausstellungen mache und zu Denunciationen geneigt sei. Er that dies unter der Firma „im Interesse der Kranken", über die er unaufgefordert berichtete, wobei er auch hier und da einige Worte über etwaige Nachlässigkeiten oder nach seiner Meinung ungeeignete Behandlungsweise der Wärter mit einfliessen liess.

Noch ehe ich mit meinem Urtheil zum Abschluss gelangen konnte, verschwand er abermals (2/12 1866). Er hatte sich in dem wenig beleuchteten Souterrain, welches die männlichen Pfleglinge im Winter als Erholungsort benutzen, verhalten, und ehe seine Abwesenheit bemerkt wurde, durch das Fenster bereits das Freie zu gewinnen gewusst. Am 3/2 1867 wurde er wieder eingebracht. Ueber sein Thun und Treiben äusserte er sich wiederum sehr vorsichtig und wich jeder näheren Erörterung aus. Sonst verkielt er sich, wie früher, ruhig, besonnen und war bei leichten Arbeiten mit thätig. Seine wunderlichen Vorstellungen äusserte er nie von selbst und sprach auch, wenn angeregt, möglichst wenig davon.

Trotz geschärfter Aufsicht gelang es ihm am 17/9 1867 zum drittenmal zu entfliehen, und zwar zeigten die Anstalten zur Flucht, so wie die ganze Ausführung, einen so lange vorbereiteten und auf das Schlauste ausgeführten Plan, dass man nicht genug staunen kann. Er hatte, wie hinterher bemerkt wurde, die Wirbel der über den Treppenthüren befindlichen Fenster schon vorher mit dem Kugelbesen gelockert, war mit Hülfe eines Tisches, dessen Füsse er sorgfältig mit Lappen umwunden, über drei verschlossene Thüren weggestiegen, hatte bei der letzten, welche auf der anderen Seite gleich eine abfallende Stufe hat, sich vermittelst eines Seiles aus alten Zwangsjackenärmeln, welche er aus den Klausen mitgenommen und zu verbergen gewusst, herabgelassen, und so das Souterrain gewonnen, aus welchem wegen mangelnder Vergitterung der Fenster die Flucht nun leicht war. Diesmal wurde er schon den 13/10 wieder gebracht. Er war im Hirschberger Kreise beim Betteln getroffen worden. Die alte Heimath hatte er jedesmal aufgesucht und wie es scheint, auch sofort Genossen gefunden. *)

*) Es hat sich dies später bestätigt, und G. von Neuem wegen Theilnahme an Diebstählen in Untersuchung gekommen.

Mein Urtheil, das lange geschwankt, ist durch alle diese Vorgänge, sowie durch sein sonstiges Verhalten befestigt worden, und kann ich nun über diesen in mancher Beziehung zweifelhaften Geisteszustand nach reiflicher Erwägung aller Umstände mein Gutachten abgeben.

G. ist von Kindheit an sittlich verwahrlost. Seinen Vater hat er gar nicht gekannt (er war ausserehelich geboren); seine Mutter nahm Theil an seinen frühzeitigen Diebstählen; sein Stiefvater, wie sein Stiefbruder sassen ebenfalls im Zuchthaus; der letztere starb darin; die ganze Familie, wie die Umgebung, lebte von Diebstahl. Die Mutter wurde erschossen, wahrscheinlich durch den eigenen Mann, welcher die Entdeckung eines Verbrechens durch sie fürchtete, und wahrscheinlich mit einer Schusswaffe, welche G. gehörte. Schon vom 11. J. ab begeht er grössere und gewaltsame Diebstähle, mit 12 J. bereits verfällt er der Strafanstalt. Seit der Zeit sind 23 J. verflossen, von denen er 18 theils im Zuchthaus, theils im Irrenhaus zugebracht. Dass er zu Allem fähig war, beweist der versuchte Todtschlag an einem Förster.

Dass G. in der Strafanstalt zu G. wirklich geistesgestört gewesen, darf wohl kaum bezweifelt werden. Das übereinstimmende Urtheil der Beamten wie der Aerzte spricht dafür. Er ist lange beobachtet worden (die ersten Spuren datiren seit 1855), ehe man zu diesem Resultat kam. Wer mit der Verbrecherwelt so genau bekannt, wie jene Beamte, wird in seinem Urtheil vorsichtig, und immer, so lange nicht das Gegentheil unzweifelhaft bewiesen ist, eher eine Simulation anzunehmen geneigt sein.

Indess muss ich doch hier auf Etwas aufmerksam machen, was für die Motivirung meines Urtheils von der grössten Wichtigkeit ist. Die sehr reichhaltigen Strafanstalts-Akten enthalten nämlich nirgends etwas von verkehrten Handlungen, aus denen eine geistige Störung zu konstatiren wäre, sondern nur konfuse Aeusserungen. Dieser Umstand scheint auch dort Bedenken erregt zu haben (cf. Anzeige der Beamten vom 1/9 55 und ärztliches Attest vom 10/10 56); auch ist G. in dieser Zeit und noch bis Ende 1857 mehrfach disciplinarisch bestraft worden, hat also in dieser Beziehung für zurechnungsfähig gegolten; aus dem Jahre 1858 ist keine Strafe verzeichnet, dagegen noch eine vom Juni 1859, also kurz vor dem Provocations-Termin. Dasselbe Verhältniss, nämlich dass nur einzelne Aeusserungen bei G. krankhaft erscheinen, alle seine Handlungen aber vollständig besonnen und wohl motivirt sind, hat auch hier

stets stattgefunden. So lange ich G. kenne, habe ich von ihm nie eine Handlung selbst gesehen oder erfahren, welche durch eine Wahnvorstellung bedingt oder mit einer solchen zusammenzuhangen schien.

Sein Benehmen war stets besonnen ruhig, anständig und zeigt von einer gewissen Sicherheit und Gewandtheit; er verkehrt wenig mit den andern Pfleglingen (am liebsten noch mit andern Sträflingen) ohne sie gerade zu fliehen, ist willig zur Beschäftigung und macht sich vielfach nützlich. Ueber gewöhnliche Verhältnisse urtheilt er scharf und richtig; an Vieles in seinem Leben will er sich nicht mehr erinnern, doch scheint es manchmal, als ob er blos nicht wüsste was er nicht sagen will, denn sein Gedächtniss ist sonst sehr treu, wie dies aus einzelnen Aeusserungen hervorgeht. Seine Miene, seine Haltung erscheint ganz harmlos, er trägt eine gewisse treuherzige Offenheit zur Schau, und dadurch hat er grade am sichersten zu täuschen verstanden. Seine Pläne weiss er mit sorgfältigster Benutzung aller Verhältnisse vorzubereiten, die Vorbereitungen zu verbergen, die Ausführung aber mit zäher Beharrlichkeit und kühner Gewandtheit ins Werk zu setzen. In allem diesen seinen Thun ist nichts Krankhaftes zu entdecken. Dagegen hat er auch hier Aeusserungen desselben Inhalts gethan, wie sie ausführlich in dem ärztlichen Gutachten vom 13/3 1859 enthalten sind, doch thut G. sie niemals von selbst, auch gegen andere Kranke nicht, sondern nur beiläufig, wenn man das Gespräch darauf bringt.

Dies ist ebenfalls von Wichtigkeit. Wären sie so lebhaft, so würden sie weit mehr sein Denken beherrschen und, wie dies in ähnlichen Fällen bemerkt wird, weit mehr in die äussere Erscheinung treten, gewissermassen in Handlungen umgesetzt werden. G. gibt selbst nicht viel auf sie und die „Wahnvorstellung“, wie ich sie noch nennen will, bestände also ganz isolirt und unabhängig. Das entspricht nicht dem Wesen einer wirklichen fixen Idee. Auch wo eine solche ganz isolirt zu bestehen, ausserhalb derselben intakte geistige Thätigkeit stattzufinden scheint, wird man bei genauer Nachforschung irgendwo einen Defekt in Trieb oder Denken entdecken können. Ein solcher krankhafter Prozess besteht aber bei G. nicht.

Von Wichtigkeit ist ferner, dass er niemals an Sinnestäuschungen, wodurch fixe Ideen so häufig angeregt und unterhalten werden, gelitten hat; wenigstens hat vorsichtiges Nachforschen nichts dergleichen ent-

decken können, und irgendwo hätte doch wohl eine Aeusserung oder Handlung sie verrathen müssen.

Wenn man die wunderlichen Aeusserungen G.'s näher betrachtet, so lässt sich zuerst Manches, z. B. die kindische Beschreibung der Hölle, als phantastisches Beiwerk ausscheiden. Was übrig bleibt, wird wenigstens nur mit Vorsicht als der Ausfluss einer Geistesstörung angenommen werden können. Die Idee des Behextseins, d. h. die unsichtbare Einwirkung einer fremden Persönlichkeit auf die eigene und die Macht derselben, Anderer Handlungen zu leiten oder zu behindern, ist heute noch sehr allgemein verbreitet, und man kann nicht sagen, dass ein blos Abergläubischer auch deswegen ein Geisteskranker sei. Ebenso gilt von alten Zeiten her der Scharfrichter als eine Persönlichkeit mit geheimer Macht und Kenntniss.

Wenn man erwägt, dass G. fast noch als Kind in die Strafanstalt kam und bis zu seinem 28. J., eine kurze Zeit ausgenommen, beständig in Haft sich befand, so kann man sich nicht wundern, dass sein ganzes Seelenleben unharmonisch ausgebildet ist, und dass in seinen ganzen Anschauungen und Vorstellungen eine Menge kindischer und abergläubischer Momente sich finden, von denen er in den beengenden Verhältnissen sich nicht losmachen konnte. Der Kreis seiner Ideen ist daher auch, bei sonst guten geistigen Anlagen, beschränkt und klein geblieben, und die Vorstellung vielfach getrübt; der beständige Zwang gestattete keine Weiterbildung durch freie Selbstthätigkeit oder Gedankentausch; desto üppiger schoss die Phantasie in Blüthe, und nur nach einer Seite hin ist die Verstandesthätigkeit scharf ausgeprägt und entwickelt, nämlich als List, Schlauheit und Verschmitztheit.

Man kann von G. kein Urtheil über Verhältnisse verlangen, welche ihm in seinem ganzen Leben fremd bleiben mussten; in dem beschränkten Kreise seiner Vorstellungen und von seinem Standpunkt aus urtheilt und handelt er besonnen.

Bei Vagabonden, Verbrechern, überhaupt moralisch verwahrlosten und verkommenen Subjekten, in welchen das Sittengesetz Gedanken und Handlungen nicht mehr regelt, entwickelt sich nicht selten ein geistiger Gesammtzustand, über den das Urtheil, ob gesund oder krank, zweifelhaft und schwierig ist; ja selbst die Grenze zwischen Gesundem und Kranken lässt sich oft nicht mit Sicherheit feststellen. Tritt noch der Zwang und die Monotonie eines langen Gefängnisslebens hinzu

welches geistig im höchsten Grade abstumpft und das Unharmonische der Psyche noch steigert, so wird die Entscheidung um so schwieriger. Allgemeine Regeln zur Beurtheilung solcher zweifelhafter Geisteszustände lassen sich nicht geben, jeder Fall muss unter sorgfältiger Erwägung aller Umstände in concreto beurtheilt werden.

Auch bei G. ist die Entscheidung eine sehr schwierige, um so mehr, da wohl eine geistige Störung als früher bestanden angenommen werden muss, und nun nachzuweisen ist, dass eine solche überhaupt nicht mehr oder nicht in dem Maasse besteht, um die Zurechnungs- event. die Haftfähigkeit aufzuheben.

Ich stelle die Gründe, welche mich bestimmt haben, den G. für nicht oder nicht mehr geistesgestört zu erklären, nochmals zusammen.

G. aus einer Verbrecher-Familie stammend, seit früher Jugend sittlich verwahrlost und selbst Verbrecher, bis zu seinen reiferen Lebensjahren fast beständig in Haft, wurde in der Strafanstalt geistig gestört in der Art, dass er krankhafte Vorstellungen von Behextsein äusserte, was auf eine Störung des Selbstgefühls zurückzuführen ist. Seine Handlungen zeigten dagegen nichts Krankhaftes. Im Laufe der Zeit haben jene Vorstellungen sich abgeschwächt und überschreiten in Form und Inhalt jetzt nicht das Maass gewöhnlichen und allgemein verbreiteten Aberglaubens.

Sie haben überdies nicht den geringsten Einfluss auf seine Handlungen, welche besonnen und wohl motivirt erscheinen. Die eigenthümlichen Lebensverhältnisse haben keine gleichmässige Ausbildung der Seelenkräfte gestattet, und in Folge dessen ist der Kreis der Ideen und Vorstellungen beschränkt, das Vorhandene mannigfach getrübt, aber nicht krankhaft verändert.

Innerhalb jenes Kreises urtheilt er richtig.

G. ist sehr wohl im Stande, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, er ist im Sinne des Gesetzes nicht blödsinnig. Noch weniger aber kann man von ihm sagen, dass er des Gebrauches seiner Vernunft gänzlich beraubt, also wahnsinnig sei.

Ich will nicht in Abrede stellen, dass bei erneuter Haft jene Vorstellungen vielleicht sich wieder krankhaft steigern; so lange sie aber, wie bisher, nur als einfache Vorstellungen vorhanden sind und keinen bestimmenden Einfluss auf die Handlungen ausüben, halte ich damit die Zurechnungs- und Haftfähigkeit noch nicht für aufgehoben.

Es würde dies immer das Hauptcriterium für die Beurtheilung seines geistigen Zustandes bleiben.

Wäre G. kein Verbrecher, vor welchem die menschliche Gesellschaft sich sichern muss, so würde er, selbst wenn jene Vorstellungen den Charakter einer wirklichen fixen Idee annähmen, ein ganz unschädlicher Irrer sein. Wie die Verhältnisse aber liegen, kann sein Platz nur in einer Strafanstalt oder im Irrenhause sein; ein Drittes gibt es nicht.

Nach meiner Ansicht, welche ich zu entwickeln mich bestrebt habe, gehört er in seiner jetzigen geistigen Verfassung in eine Strafanstalt. *)

Bunzlau den 24. Januar 1868.

Einwirkung von Morphium-Einspritzungen bei Geisteskrankheiten mit peripheren Sensationen (Dysphrenia neuralgica).

Von Dr. Tigges in Marsberg.

1) R. Wittwe, ca 40—45 Jahre. Seit Jahren mehrwöchentliche bis vierteljährige (selten) Anfälle. Am 14. Januar 1868 asthmatischer (Krampf) Anfall, wie gewöhnlich beim Beginn eines Paroxysmus. Einspritzung (gr. 1/4). Seitdem kein asthmatischer Anfall; leichte peripherische Sensationen nach einigen Tagen; die nach einer zweiten Einspritzung ausblieben. Der leicht maniakalische Zustand liess allmählig nach. 16.—19. März Periode; fortwährende Erregung, zugleich peripherische Sensationen. Nach Einspritzungen mehr Ruhe und Zurücktreten der Schmerzen. Dies blieb während des ganzen Verlaufs. Seit 29. März Zustand ziemlich normal. — Es ist zu bemerken, dass die Länge der Anfälle und die Intensität der Erscheinungen überhaupt variiren.

2) D. Mädchen, 27 J. Angst mit einer Masse peripherischer Sensationen, anfangs in Remissionen auftretend, welche später mehr und mehr frei wurden. Die Exacerbationen schienen nach der Einspritzung, die sie stets verlangte, sofort zu verschwinden. Von August 1867 bis Januar 1868 Einspritzungen. Nachher wurden die Einspritzungen trotz

*) Das vorstehende Gutachten ist vom Gericht als überzeugend anerkannt, und G. ist nach nochmaliger gerichtlicher Gemüthsuntersuchung für nicht geistesgestört und für haftfähig erklärt und in Folge dessen ins Zuchthaus abgeliefert worden.

ihres Verlangens verweigert, *und die Anfälle schwanden eben so schnell.* Es ist eine allmählige, durch die Einspritzungen nicht nachweisbare bedeutende Besserung erfolgt.

3) B. ca 17 J. alt, Mann. Paroxysmen von angeblich 14 Tagen, mit mannigfachen Sensationen. Intermissionen ebenso lange. Beim Schlusse des vorigen Paroxysmus wurde gegen einzelne Neuralgien eine Einspritzung gemacht, worauf diese spurlos verschwanden. Beim letzten Paroxysmus, seit 19. März 1868, anfangs leicht maniakalischer Zustand; seit 25. März Depression mit vielen Sensationen, die nach Einspritzungen (gr. 1/4) sich nicht verlieren; ebenso wenig die psychische Depression. 31. März Einspritzung Abends, hinterher keine Veränderung. 1. April keine Klagen, etwas still. Es scheint der relativ freie Zustand vorhanden.

4) Frau F. ca 50 Jahre, seit langen Jahren in der Ansalt. Mancherlei Sensationen, besonders Kopfschmerzen mit Gehörshallucinationen. Sie lobt die Wirkung der Einspritzung. Sie wurde freier im Kopf und in den Gliedern, das Sprechen trete zurück. Die Exacerbationen scheinen unverändert zurückzukehren.

5) H. 55 J. alter Mann. Verstimmung, Selbstbeschuldigungsideen, viele Abnormitäten der Sensibilität. Es treten im spontanen Krankheitsverlauf tageweise oder mehrere Tage umfassende Schwankungen auf. Die Einspritzung bringt stets für einen halben Tag bis zum Abend bedeutende Erleichterung. Zuweilen schon Abends um 9 Uhr, oder am andern Morgen, zeigt sich eine Rekrudescenz sämmtlicher Erscheinungen. Zuweilen tritt dann eine relativ freiere, zuweilen eine Zeit grösserer Verstimmung ein. Im Ganzen sind in der letztern Zeit die Abnormitäten der Sensibilität nicht so bedeutend und mannigfach, wie früher, so dass diese also mehr durch die Einspritzung beeinflusst scheinen, als die psychische Verstimmung. Ob die Einspritzung an den Stellen grösserer Schmerzhaftigkeit gemacht wird (beiderseits Axillarlinie, besonders links, und Schläfengegend, besonders links) scheint für den Erfolg gleichgültig. Es wird an den der Einspritzung folgenden Tagen über grössere Schmerzhaftigkeit an den Injectionsstellen geklagt, nach der Injection an der Schläfengegend fast die ganze seitliche Gesichtshälfte einnehmend, so dass er fast die Kiefer nicht von einander bewegen könne. — Ein Einfluss auf den Gesammtkrankheitsverlauf ist nicht zu konstatiren.

6) Frl. K., nahe 50 Jahre alt. Apathie, Klagen über Körperschwäche, Kopfschmerzen, Aengstlichkeit, Herzklopfen etc. Lobte sehr die Einwirkung der Einspritzungen, verlangte sie, klagte aber stets unverändert. Sie wurden nach mehrmonatlicher Anwendung verweigert. Sie ist jetzt, beinahe 4 Monate nach Aufhören der Einspritzungen, fast in demselben Zustande, wie früher.

7) Frl. M., ca 50 J. alt, vor einigen Jahren einige Monate lang mit Einspritzungen behandelt. Verstimmtes, reizbares Wesen Kopfschmerzen, Müdigkeit etc. Lobte die Wirkung der Einspritzungen, verlangte dieselben. Auf den Krankheitsverlauf, in dem zuletzt eine sehr bedeutende, ganz allmählig eintretende Besserung eintrat, schienen die Einspritzungen von keinem Einfluss.

8) Frau R. in den 60gern. Melancholie, religiöse Wahnideen, sehr viele Neuralgien. Mehrmonatliche Einspritzungen (gr. $1/4$—$1/3$). Sie lobte sehr ihre Wirkung, wollte bedeutende Erleichterung verspüren. Der Verlauf der Krankheit, die in Schwachsinn mit Fortbestehen der Angst und Sensationen überging, wurde nicht beeinflusst.

9) H. Wittwe, einige 80 Jahre alt, Verstimmung, Reizbarkeit, Verrücktheit, Hallucinationen, Klagen über Körperschwäche und mancherlei Sensationen. Sie lobt die Wirkung der Einspritzung, wird aber sehr davon angegriffen, und bleibt unverändert.

10) A. ca 50 J. alter Mann. Melancholie. Grosses Angstgefühl und Druck auf der Brust. Lobte sehr die Wirkung der Einspritzung, verlangte sie dringend, verspürte grosse Erleichterung darnach. Die Intensität der Erscheinungen nahm zu. Namentlich vor den täglich einmal vorgenommenen Einspritzungen war die Angst, das Jammern und Stöhnen sehr gross. Der Appetit liess nach, es trat Erbrechen ein. Nach Aussetzen der Einspritzung hörte das Erbrechen auf, der Appetit wurde etwas besser. Er starb nach einigen Wochen an Tuberkulose.

11) B. ca 55 Jahre alt. Im Beginne sehr viele Gemeingefühlshallucinationen; später wurden diese nicht mehr geäussert, dagegen dämonische Vorstellungen. Sie rief und schrie dabei bedeutend, war bei Tage oft anhaltend sehr laut. Nach Morphium-Einspritzungen wurde sie ruhiger, die Ruhe hielt zuerst noch den ganzen folgenden Tag an; später stellte sich jedoch am folgenden Tage eine bedeutende Aufregung

ein, auch liess der Appetit bedeutend nach; die Einspritzung wirkt bei ihr bedeutend brechenerregend. Nach Aussetzen der Einspritzung besserte sich der Appetit. Die Unruhe erreichte nicht mehr eine so bedeutende Höhe, blieb jedoch mehr anhaltend. Später nahm diese wieder mehr zu, sie schrie sehr oft sehr laut. Dann Nachlass mit zeitweise noch bedeutendem Schreien; auch ist sie psychisch zugänglicher geworden. Appetit anhaltend gut. Die jüngst wieder aufgenommenen Injectionen scheinen auf längere Dauer beruhigend zu wirken; auch wird der Appetit nur an dem Tage der Einspritzung beeinflusst.

12) Frau K. ca 50 Jahre alt. Melancholie mit Wahnideen. Allmähliger Nachlass der Krankheitserscheinungen. Es bleibt Verstimmung, Stöhnen und eine Reihe von Neuralgien zurück. Die Krankheit tritt in der letzteren Zeit in Exacerbationen und Remissionen und kurzen Intermissionen auf. Die Einspritzungen haben regelmässig einen Nachlass der Neuralgien zur Folge, am meisten, zeitweise scheint es ausschliesslich, an den Stellen der Einspritzung. Das psychische Verhalten, die psychische Verstimmung wird dadurch nicht beeinflusst. Auch wird sie durch die Einspritzung sehr angegriffen, so dass sie meist dagegen widerstrebt. Der ganze Krankheitsverlauf wird durch die Einspritzungen nicht beeinflusst

13) V. W., 14) P. W., beide über Kopfschmerzen klagend, melancholisch. Die erstere 1mal, die zweite 2mal injicirt. Die Kopfschmerzen haben vielleicht nachgelassen oder wurden wenigstens momentan gemildert. Zustand sonst unverändert.

15) B. W. Genesen von leichter Manie, leidet noch an periodischen Kopfschmerzen Diese schwinden immer nach der Einspritzung. Die Nebenwirkungen derselben sind so bedeutend, dass sie in der letzteren Zeit die Einspritzung weigert.

16) W. Verrücktheit, Sensationen im Leibe, in der letztern Zeit ein Anfall von Aufregung mit Kopfschmerzen und Gehörshallucinationen etc. Auf die Sensationen momentan günstiger Einfluss. Der Anfall nahm unter den Einspritzungen ab, jedoch war beim Beginn der Einspritzung die Höhe schon überschritten; also wahrscheinlich spontaner Abfall.

17) B. Melancholie mit Kopf-, Brust-, Leibschmerzen, Gehörshallu-

cinationen. Einspritzungen am Kopf hatten auf die Kopfschmerzen einen fraglichen vorübergehenden Einfluss. Der Zustand im Ganzen, der spontan unter Schwankungen sich gebessert hat, dadurch unverändert.

18) T. Epileptiker, der Bromkalium einnimmt. Nach vorausgegangenem Anfall trat vorn rechts in der Gegend der 5.—6. Rippe heftiger Schmerz auf, der nach einer Einspritzung von gr. 1/4 schwand. Bald erschien er wieder zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule derselben Seite; gr. 1/4 erfolglos; nach gr. 1/2 bedeutender Nachlass; der Schmerz erschien jedoch nach einigen Tagen wieder.

19) D. M. Sekundärer Verfolgungswahn; klagt viel über Kopf- und Gliederschmerzen. Bei öfters wiederholten Einspritzungen (bis gr. 1 1/2) ist der Zustand im Ganzen unverändert geblieben.

Die folgenden Fälle boten keine Erscheinungen gestörter Sensibilität dar.

20) Frau H., 21) Frau T., beide melancholisch. Die Unruhe liess bei beiden nach wiederholten Einspritzungen auf einige Stunden nach, um dann unverändert wieder zu erscheinen. Nach einigen Wochen bei beiden ein spontaner Nachlass der Unruhe.

22) V. M. Sekundärer Fall. Verwirrtheit. Spricht anhaltend laut. Unter wiederholten Einspritzungen trat, mit der ersten beginnend, eine bedeutende Beruhigung ein. Nach einiger Zeit von Neuem anhaltendes lautes Sprechen, wenn auch nicht in der früheren Höhe. Eine Einspritzung blieb gänzlich erfolglos, während nach einigen Tagen ein spontanes Aufhören des Sprechens für einige Tage erfolgte.

23) Frau S. Grosse motorische Aufregung. Ideenflucht melancholischen Charakters. Einspritzungen bis zu gr. 1/2 blieben gänzlich wirkungslos. Bei 1 1/2—2 Gran Erbrechen, Appetitlosigkeit, Ruhe, einigemal nur einige Stunden lang, anderemal bis zum folgenden Morgen, einmal bis den folgenden Tag. Hinterher ist der Zustand unverändert.

Bei dieser Uebersicht ergibt sich, dass eine vorübergehend beruhigende Einwirkung der Einspritzung sowohl auf die Anomalien der Sensibilität, als auf den psychischen Zustand eintrat. Wo Letzteres nicht konstatirt werden konnte, wurde es vielleicht durch die Nebenwirkung der Einspritzung verdeckt. Ob bei speciell hervortretenden Schmerzpunkten die Einspritzung an dieser Stelle gemacht wurde, oder irgend

wo anders, war bezüglich der Einwirkung auf den psychischen Zustand gleich. Bezüglich der Einwirkung auf die Sensationen ergab sich theils, dass gerade die Stellen ihre frühere Schmerzhaftigkeit verloren, an welchen injicirt wurde, theils dass an diesen Stellen eine erhöhte Schmerzhaftigkeit eintrat, theils dass alle Sensationen verschwanden und sehr zurücktraten, wo auch die Einspritzung gemacht wurde. Bei 12) traten für die folgenden Tage oder längere Zeit die Sensationen an den injicirten Stellen oder überhaupt zurück, während die psychische Verstimmung unverändert blieb. Bei 5) traten überhaupt die peripherischen Sensationen gegen früher bedeutend zurück, während die psychische Verstimmung unter Schwankungen noch eine bedeutende war. Bei Druck auf die schmerzhaften Stellen, wie sie vielfach konstatirt wurden, ergab sich nie eine andere, als örtliche Wirkung, nämlich vermehrte Schmerzhaftigkeit. Ausser einer vorübergehend beruhigenden Einwirkung war bezüglich des psychischen Zustandes selten etwas zu konstatiren. In einigen Fällen folgte im weiteren Verlaufe noch eine grössere Erregung, einige dauernd nachtheilige Wirkung auf die Verdauung. Der Mangel der dauernd beruhigenden Einwirkung dürfte namentlich in den Fällen von grossem Gewicht sein, wo einige Zeit nachher spontane Beruhigung eintrat. Wo eine dauernde Beruhigung einzutreten schien, zeigte die Wirkungslosigkeit der Einspritzung zu andern Zeiten, dass man es mit einem spontanen, vielleicht durch die Einspritzung beschleunigten Abfall des Krankheitsprozesses zu thun habe. *)

*) Wir hoffen, dass dieser Zusammenstellung die in Aussicht stehende umfassendere Arbeit unseres geschätzten Kollegen über diesen Gegenstand bald folgen werde. (Red.)

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 5. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:
Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Langdauernde schlafähnliche Zustände. Französische Asyle unter der Bedienung religiöser Orden. Das Bromkali im epileptischen Irresein. Epilepsie mit schwerer Seelenstörung, Genesung. Langdauernde Lethargie mit Catalepsie.

Langdauernde schlafähnliche Zustände.

Wenn ein Mensch mit geschlossenen Augen ganz oder fast ganz ohne willkürliche Bewegung liegt, so kann ein natürlicher Schlaf vorhanden sein, oder eine Betäubung. Es kann aber auch eine Nachahmung vorliegen.

Geht ein solcher Zustand beträchtlich über die gewöhnliche Dauer eines natürlichen Schlafes hinaus, so kann er nicht mehr natürlicher Schlaf sein. Es mag auch schwerlich jemals von einem vernünftigen Menschen ein mehrtägiger Schlaf mit Enthaltung von Speise und Trank nachgemacht worden sein. Hunger und Durst sind im Gesunden zu mächtig, um so etwas zu gestatten. Auch möchte es zu schwer sein, die anderweitige Unempfindlichkeit des Schlafes längere Zeit nachzumachen. Man wird also einen länger dauernden schlafähnlichen Zustand immer für eine Gehirnstörung zu erklären haben. Diese Störungen können verschiedener Natur sein; bei den Zuständen des Gehirndruckes und der Gehirnerschütterung scheint neben der mangelnden Bewegung nichts mehr wahrgenommen zu werden, auch spricht nichts für einen vorhandenen traumartigen Vorstellungsverlauf. Es sollen Fälle von Scheintod vorgekommen sein, wo neben dem vollständigen Mangel aller willkürlichen Bewegung ein vollständiges Bewusstsein statt hatte. Es gibt, wie

der folgende Fall darthut, Fälle von Gehirnstörung, in welchen die willkürliche Bewegung durch *wahnsinnige* Vorstellungen und Absichten gehemmet ist, in welchen, wenn auch unvollkommene Wahrnehmungen statt finden, eine allgemeine Stumpfheit das Nachahmen des Schlafes erleichtert.

Legrand du Saulle trägt in der Sitzung vom 22. Fsbr. 1869 der med. psychol. Gesellsch. in Paris folgenden Fall vor:

F. Ein 32jähriger, grossgewachsener, kräftiger, gewöhnlich sehr gesunder Mann, war seit 7—8 Jahren Ladendiener in demselben Geschäft in Paris. Er war ein sehr treuer Diener, ein Muster von Pünktlichkeit, und Nüchternheit, ohne Umgang mit Frauen. Er galt für zurückgezogen, furchtsam, verschlossen und geizig.

Im Mai und Juli 1868 schien er zerstreut, sonderbar, traurig; er ging lieber aus als früher, äusserte übertriebene Besorgniss in Gewissenssachen, nährte sich schlecht, legte sich Entbehrungen auf, ging häufig zur Kirche, kaufte Rosenkränze, bekreuzte sich oft, lag auf den Knieen; sprach mit sich, klagte sich laut verschiedener Uebelthaten an, fuhr aber fort, alle seine Pflichten zu erfüllen.

Im August brach ein vollständiger religiöser Wahnsinn aus, mit grosser Angst; er wurde gesprächig, lärmend, machte sich unaufhörlich Vorwürfe, rief die Strafe des Himmels auf sich herab; wünschte sich und fürchtete den Tod. Zu seinen Geschäften war er gänzlich unfähig.

Eines Morgens öffnete er den Laden, nahm sein erspartes Geld und lief grade vor sich hin, verstört und mit wilder Gebärde, warf sein Geld in eine Pfütze, gleich darauf warf er sich mitten in der Strasse auf die Kniee, wurde überfahren und erlitt einen Unterschenkelbruch. Er wurde in mehreren Spitälern behandelt und kam am 31. August in's Bicêtre. Er war aufgeregt und von grosser Angst gequält, antwortete kaum; er ass wenig, weinte, klagte, schlief beinahe gar nicht. Ohne Wissen des Arztes wurde er am folgenden Tage sehr eifrig von der Geistlichkeit bearbeitet. In den folgenden Tagen stieg seine Niedergeschlagenheit; bei der Visite beobachtete er ein hartnäckiges Schweigen. Im Verlaufe des Tages beichtete er, gerieth ausser sich, und verlangte in seiner äussersten Seelenangst das Abendmahl und dann die letzte Oelung. Trotz des augenscheinlichen Wahnsinns wurden diese Ceremonien ausgeführt am 8. und 9. September. Am 10. Sept. fand *Legrand* den Kranken wie in tiefem Schlafe; gleich nach der Ceremonie war der

Zustand eingetreten; F. liegt auf dem Rücken; die Glieder sind steif und zusammengezogen; er athmet rasch, mehr mit dem Zwergfell, als mit den Rippen; 72 Pulse; Augenlider geschlossen, leicht blinzelnd; die Kiefer stark zusammengepresst. Die Empfindlichkeit scheint abgestumpft; F. hat mehre Mal den Urin unter sich gelassen; bis zum 20. Sept. wurden die Glieder vollkommen schlaff. Die Athmungen stiegen von 24 zu 38, die Pulse fielen von 72 zu 58. Die Unempfindlichkeit der Haut nahm zu, die Därme wurden träge; F. begann abzumagern. Vom 20. bis 30. Sept. schwankten die Athemzüge zwischen 38 und 48, die Pulse zwischen 62 und 54. Tiefe Nadelstiche am inneren Theil der Oberschenkel, auf dem Penis und Bauche erregen Blinzeln und einige Thränen. Im October steigt die Zahl der Athemzüge auf 56, die der Pulse fällt auf 44. Temperatur im Rektum 37,3; 37; 36,3, 36.

Alle 10—12 Tage erfolgt eine Ausleerung. Das Gesicht ist ein wenig blass, hat aber einen sehr merklichen Ausdruck von Ruhe und Heiterkeit.

Der Kranke war in der ganzen Zeit mit der Sonde ernährt worden. Es waren nach und nach angewandt: Sinapismen auf die Glieder, Zugpflaster an den Waden, dann an den Schenkeln, kalte Waschungen, kalte Douchen, Tart. stib. durch die Schlundsonde und in Klystir, Ricinusöl, sehr starker Kafé, ein Haarseil im Nacken, verschiedene arzneihaltige Klystire, aloëhaltige Stuhlzäpfchen, Senfbäder —, die Elektricität, Peitschung mit Brennesseln, Crotonöl, Chininum sulph. zu 1 Grm. p. d. Alles ohne Erfolg.

In den ersten Tagen war die Bewegungslosigkeit vollkommen Später erhebt der Kranke, wenn er sich unbeobachtet glaubt, die linke Hand, sucht das Leintuch, ergreift es und bringt es über seinen Kopf; der Wärter bringt das Leintuch zurück; F. aber, sobald er kein Geräusch mehr hört, legt es wieder über seinen Kopf; hierdurch wird der Zustand klarer. Offenbar ist F. in einem Zustande hellen Bewusstseins. Aber sein Bewusstsein, seine Ueberlegungen sind Wahnsinn. Er hat die letzte Oelung bekommen, er ist also todt und legt hartnäckig das Leintuch über sein Haupt, um der Leiche im Sarge ganz ähnlich zu sein.

Am 4. Nov. wurde ein breites Zugpflaster auf den geschorenen Kopf des Kranken gelegt. In der Nacht setzt sich F. plötzlich im Bette auf, kreuzt die Arme und spricht: Mein Gott, Mein Gott, erbarme dich meiner, ich bin verloren, ich muss sterben,... erbarmt euch meiner, Brü-

der, und betet für die Ruhe meiner Seele. Aber während der Wärter aufspringt und seine Lampe anzündet, fällt er zurück und liegt wie zuvor. Am 12. Nov. wurde Tart. stib. eingerieben; die Wirkung war so heftig, dass der ganze Kopf anschwoll mit bedeutendem Fieber; F. schien dem Tode nahe; aber am 23. Nov. waren die Zufälle überwunden.

Vom 23. Nov. ab erhielt F. mit der Sonde täglich 2 Pfd. ausgezeichnete Chocolade, ebensoviel Milch, ebensoviel Fleischbrühe mit 4 Eigelb und etwa einen Schoppen Wein.

Im December nahm F. an Fleisch zu. Athem 32. Puls 64. Temperatur normal, 37,3. Gesichtsfarbe gesund, Glieder weniger schlaff. Ausleerungen regelmässig täglich Nachts. Uebrigens alles beim Alten, Oeffnet man die Lider, so sieht man, dass die Augäpfel nach oben und innen stehen.

Im Januar 1869 nahm F. weiter an Fleisch zu. Die Empfindlichkeit der Haut kehrt grossentheils zurück. Nadelstiche erregen Muskelkontractionen, Schauder, lebhaftes Blinzeln der Lider und einen Ausdruck von Angst im Gesicht. F. ist auch weniger abwesend; wenn man ihn rasch entblösst, so bringt er die linke Hand hervor und sucht seine Scham zu bedecken. Hat man ihn blos gedeckt, und ihn allein gelassen, so versucht er zwar nicht seine Bettdecken überzulegen, aber er legt nach seiner Gewohnheit das Leintuch über den Kopf.

Am 4. Febr. wurde F. ätherisirt; es dauerte lange bis der Rausch eintrat; er war sanft und rasch verschwindend. F. schien belästigt, machte einige abwehrende Bewegungen, öffnete die Augen weit, betrachtete seine Umgebung mit Befremden und brach zweimal in dummes Lachen aus; Fragen, Reizungen, Bitten und Drohungen waren ganz erfolglos während dieses etwa 10 Minuten dauernden Zustandes. Die Lider schlossen sich allmählig und F. fiel in seinen Zustand zurück.

Drei Tage später gab man dem nüchternen Kranken in 3mal, immer nach $^1/_4$stündigem Zwischenraum, eine Flasche Champagner. Die Athmung wurde etwas beschleunigt, der Puls stieg auf 92, aber alles Andere blieb unverändert.

In diesem Fall, welcher noch nicht zu Ende ist, kann man zwei Perioden unterscheiden. Zuerst die Periode der Aufregung, dann die der grössten geistigen Versunkenheit, aber in beiden besteht offenbar der gleiche Wahn. Man kann desshalb diesen Zustand, wie dies *Foville* m Verlauf der Diskussion thut, passend der Melancholia attonita anreihen.

In einem Falle, welchen ich augenblicklich zu beobachten Gelegenheit habe, trat nach einer Periode ängstlicher mit Wahnideen verbundener Aufregung ebenfalls ein langdauernder schlafähnlicher Zustand ein. Der Zustand unterscheidet sich aber sehr wesentlich von dem *Legrand*schen Fall Ein fortdauernder Wahn ist nicht mehr zu bemerken; ein vollkommener Schlaf ist nicht vorhanden. Es lässt sich aber von der bestehenden Gehirnthätigkeit kaum mehr sagen, als dass sie eben nicht hinreicht, um den Functionen des Willens zu genügen, ohne darum beständig einem vollkommenen Schlafe zu gleichen. Oeftere Unterbrechungen mit kurzdauerndem vollständigem Bewusstsein sind vorhanden, in denen die Kranke spricht und sich bewegt. Das Nahrungsbedürfniss scheint sehr gering. Der Fall ist ebenfalls noch nicht entschieden und ist einer späteren ausführlichen Mittheilung werth.

Dr. *Feld* in Neuwied.

Französische Asyle unter der Bedienung religiöser Orden.

In einem der Zeitschrift „the Month“ entnommenen Artikel berichtet das Journal of ment. science (July 1868) über französische Irrenanstalten unter der Pflege von geistlichen Orden. Wir erfahren, dass erst seit 1815 die Orden ihre Thätigkeit mehr diesen Kranken zuwendeten, und dass ihre Bemühungen durch das Gesetz vom Jahre 1838 unterstützt wurden, welches jedes Departement zwang, für seine Irren zu sorgen.

Der Berichterstatter kennt aus einem Orden, welcher sich mit der Pflege der Irren befasst, die Brothers of St. John of God. Nach 1818 nahmen sie sich der armen Irren in der Bretagne an. Der Orden hatte einen besonderen Beruf zu diesem Werk, denn der Stifter St. Johann de Deo hatte in eigener Person die Schrecken einer mittelalterlichen spanischen Irrenanstalt erfahren. Hierdurch angeregt hatte er, 300 J. früher, als unsere englischen und französischen Aerzte, die Irren mit Güte, anstatt mit Grausamkeit zu behandeln gesucht. Die Brüder eröffneten ihr erstes Asyl zu Dinan in der Bretagne. Indessen ist das gegenwärtige Haus erst 1828 gegründet und ist seitdem mehrmals erweitert

worden. Die allmälige Erweiterung hat unstreitig manche unpassende Einrichtungen verschuldet; trotzdem ist das Haus in jeder anderen Hinsicht eines der vollkommensten in seiner Art auf dem Kontinent. Es finden sich hier 600 Kranke, grösstentheils arme Irren — männliche Kranke der Bezirke Morbihan und Côtes du Nord. Gegen 100 Brüder sind mehr oder weniger unmittelbar mit der Pflege der Irren beschäftigt, und ihre Leistungen können sicher in der besten Anstalt nicht übertroffen werden. Schlaf- und Wohnzimmer sind freundlicher und wohnlicher, als die der meisten französischen Anstalten; sie sind mit Bildern, Figuren und andern Verzierungen, meist religiösen Charakters, versehen. Für Unterhaltungen aller Art ist gesorgt; einige sah ich mit Büchern und Zeitungen, andere mit Karten-, Schach- und Brettspiel, mit Billard und Domino beschäftigt. Die prächtigen Ländereien nebst den Anlagen werden grösstentheils von Kranken bearbeitet. Andere dienen als Schreiber und Buchführer. Die Mönche klagen indessen über die Trägheit und Unsauberkeit der Bretonen.

Die Brüder haben noch zwei Anstalten, eine in Lyon, welche der Berichterstatter nicht kennt, und eine in Lille; das Gebäude steht dem in Dinan nach, aber es geschieht noch mehr zur Beschäftigung der Kranken. Es ist hier ein Theater, ein Musik- und Sängerkorps, eine Art Kaffeehaus und sogar eine Feuerwehr, welche mehrmals der Stadt Dienste geleistet hat.

Von einigen Nonnenorden werden nur kranke Frauen aufgenommen, z. B. zu St. Brieuc und Rennes; aber in den meisten werden auch Männer von Wärtern gepflegt, indem die Nonnen blos die Infirmerie besuchen und das Ganze leiten. Die geräumigste und in mancher Hinsicht vielleicht die beste aller dieser Nonnenanstalten ist die Anstalt der Schwestern Bon Sauveur zu Caen. Ein Geistlicher gründete die Anstalt 1820. Sie bedeckt nun einen weiten Raum bei der berühmten normanischen Kirche Wilhelms des Eroberers. Die Gebäude sind sehr unregelmässig um einen offenen Kreuzgang zusammengestellt. Sie sind so vollständig verbindungslos, dass die Bedienung (bei den Bädern, den Mahlzeiten etc.) ungewöhnlich erschwert sein muss; die Anstalt gewinnt andererseits hierdurch sehr an Freundlichkeit. Das Haus ist äusserst reinlich, wohl gelüftet, und die Kranken (ein gutes Zeugniss für eine Anstalt) ruhig und ordentlich. Aber für englische Augen sind die Zimmer kahl und unbehaglich, und für Beschäftigung und Unterhaltung ist

wenig gesorgt. Die Durchschnittszahl der Kranken ist 900, wovon die Hälfte Männer. Die Mehrzahl ist arm und wird vom Kreise unterhalten; Privatkranke werden auch aufgenommen, zu verschiedenen Preisen, 24—200 Livre Sterling jährlich. Die ersten Klassen wohnen in kleinen Häusern von 2—3 Zimmern in einem sehr freundlichen Garten; es ist dies die schönste Eigenthümlichkeit der Anstalt. Eine andere ist das Fehlen von Fenster-Gittern im neuen Theile des Hauses. Die Epileptiker wohnen (wie nicht selten in Frankreich) in einem besonderen einstöckigen Hause, um Unfälle zu verhüten. Bei dem vielen Guten sind zwei Umstände sonder Zweifel einem vollkommenen Erfolge hinderlich. Zuerst die grosse Zahl der Kranken, welche allein schon die Ueberwachung sehr erschwert; dann, dass der Orden auch noch eine Schule für 200 taubstumme Kinder und eine Mittelschule für einige 100 Mädchen in demselben Bereiche hält und so mehr ein kleines Dorf, als eine einzelne Anstalt bildet. Obgleich 250 Nonnen und eine grosse Zahl von Aufsehern vorhanden sind, so ist es doch nicht gut zu glauben, dass eine genügende Einheit der Leitung bestehen kann. Der Orden hat seit 1820 noch drei andere Anstalten gegründet, welche der Berichterstatter nicht kennt.

Die Anstalt zu Pontorson ist von Nonnen und Wärtern bedient; ein Ausschuss verwaltet die von Privaten gelieferten Fonds. Es sind dort 300 männliche Kranke und 250 Frauen. Die meisten sind Arme, für welche der Kreis täglich 1 Franc zahlt. Von den Privatkranken zahlt die erste Klasse 100 Pfd. Sterling jährlich. Das Haus ist sehr gut verwaltet, und für Beschäftigung der verschiedensten Art ist gesorgt.

Ein etwas modifizirter mechanischer Zwang mittelst der Jacke, dem Klotze, besteht, so viel Berichterstatter weiss, in allen französischen Anstalten, unter der Obhut von geistlichen sowohl als weltlichen Wärtern. Obgleich er nicht genau erfahren konnte, in welcher Ausdehnung der Zwang geübt wird, so möchte er doch glauben, weniger in den Anstalten, welche auf die neueren Verbesserungen eingehen, und gewiss sehr selten in den, welche, wie das Asyl zu Dinan und Lille, am meisten für Beschäftigung und Unterhaltung ihrer Kranken gesorgt haben.

Hierin allein würde ein starker Beweis gegen den mechanischen Zwang liegen. Ich gestehe indessen (sagt der Berichterstatter), obgleich ich England verliess als ein strenger Anhänger des absoluten Nicht-Zwanges, wie es einem Landsmann *Conolly*'s gebührt, dass die Entgeg-

nungen der französischen Anstaltsdirektoren mich veranlasst haben, an der allgemeinen Anwendbarkeit des Grundsatzes zu zweifeln. So bin ich sicher, es ist etwas Wahres an der Behauptung *Morel's*, einer der bedeutendsten Irrenärzte Frankreichs, dass französische Irren, ceteris paribus, widerspenstiger sind, als englische, theils wegen ihrer grösseren natürlichen Gereiztheit, theils wegen der in Frankreich bestehenden grösseren gesellschaftlichen Gleichheit; und wenn dies so ist, so kann die Zwangsjacke und dergl. sehr wohl manchmal nöthig sein. Dagegen hat sehr wenig Bedeutung das gewöhnlich vorgebrachte Argument, mechanischer Zwang sei weniger aufregend, als der unmittelbar durch Wärter ausgeübte; denn das Wesentliche in *Conolly's* System besteht nicht in der blossen Beseitigung solchen Zwanges, sondern darin, dass man den Kranken zu behandeln sucht, indem man sich an den Rest von Gesundheit wendet, der noch in ihm ist, und an die bessere Seite seiner Natur.

Der Prior zu Dinan entgegnete mir, nicht ganz mit Unrecht, gewisse Ausschreitungen in der Behandlung ohne mechanischen Zwang, welche vor zwei Jahren viel Aufsehen in England machten, seien eine „reductio ad absurdum“ des Systems selbst. Im Interesse des guten Rufes unserer englischen Anstalten bedauerte ich sehr, dass ihm diese Vorfälle zu Ohren gekommen, konnte aber seinen Entgegnungen nicht beistimmen.

Allein von Geistlichen verwaltete Anstalten scheinen mir folgende Vorzüge zu besitzen. Erstens: ein energischer Prior, als alleiniger Herr, kann jede Veränderung und Verbesserung ausführen, welche ihm seine Erfahrung an die Hand gibt, während in Regierungsanstalten der Oberarzt oft seine Bemühungen gehemmt und durchkreuzt sieht von der „Commission de surveillance, deren Mitglieder oft keine Erfahrung betr. der Bedürfnisse der Irren haben. Zweitens: so bewundernswerth auch der Geist ist, welcher die französischen Irrenärzte beseelt, so muss doch in jeder öffentlichen Anstalt, besonders wenn sie von einem büreaukratischen Franzosen geleitet wird, eine gewisse unbeugsame Steifheit herrschen, welche nur bei den von Geistlichen geleiteten Anstalten selten ist. Zwischen beiden mag ohngefähr derselbe Unterschied bestehen, wie zwischen selbst dem vollkommensten Arbeitshause und dem Spitale der „kleinen Schwestern der Armen“.

Die Verwendung von Nonnen zur Pflege der Kranken, welche in

den Regierungsanstalten vorherrscht, scheint mir ein unglückliches Auskunftsmittel, welches seine eigenen Uebelstände hat Bei genauer Nachfrage wird man in allen diesen Anstalten finden, dass der Arzt mit den Nonnen unzufrieden ist, weil sie seinem Willen nicht gänzlich untergeben sind, dass ferner die Nonnen über die Hemmungen klagen, welche der Arzt ihren Ordens-Regeln entgegenstellt. Auf der anderen Seite schienen mir in den oben beschriebenen Anstalten Arzt und Nonnen gute Freunde zu sein und miteinander zu harmoniren. Man möchte hieraus schliessen, dass die gegenseitige Unzufriedenheit in den öffentlichen Anstalten von der falschen Stellung herrührt, in welcher sich bei diesem „Staat im Staate" Arzt und Nonnen befinden. Die Hauptsache einer Anstalt ist jedenfalls vollkommene Einheit der Verwaltung, und diese ist am besten gesichert entweder bei weltlichen Anstalten mit einem Oberarzte, wie in England, oder bei geistlichen Anstalten, wie die beschriebenen sind.

Eine thätige und aufmerksame Regierung vorausgesetzt, welche die Anstalten überwacht, bin ich geneigt, den letzteren den Vorzug zu geben. Ich ege dem biegsamere n Charakter der von Geistlichen verwalteten Anstalten, eine besondere Wichtigkeit bei, weil ich überzeugt bin, dass die gegenwärtige Praxis, Kranke aller Klassen und aller Grade von Irrsinn in öffentlichen oder privaten Anstalten aufzubewahren, früher oder später beträchtlich verändert werden muss; und wenn das Hüttensystem (eine Art Gheel) eines Tags in England eingeführt werden sollte, so bin ich überzeugt, es kann am besten von geistlichen Orden oder von solchen Wärtern, welche von ihnen erzogen sind, ausgeführt werden.

(Man könnte wohl versucht sein, den Berichterstatter zu fragen, was ihm die Ueberzeugung beigebracht, dass ein geistlicher Oberer den ärztlichen Rathschlägen besser zugänglicher sein wird, als eine Regierungsbehörde.)

Das Bromkali im epileptischen Irresein.

Von Dr. Bécoulet in Auxerre.

Vf. veröffentlicht in den Annal. méd. psychol. (März, 1869) 5 Fälle epileptischen Irreseins, die mit Bromkali behandelt wurden.

Der erste betrifft ein 27 J. alten, sanguinischen, ziemlich kräftigen Mann, der, seiner eigenen Angabe nach, seit dem 12. Lebensjahre epileptisch ist. Wenigstens zweimal im Monate 7—8 Tage lang dauernde, sehr starke Paroxysmen, manchmal 10—15 Anfälle im Tage; Verlust des Bewusstseins, tonische und klonische Krämpfe, Enthaltung von Speisen, Unempfindlichkeit der Haut. Werden die Anfälle seltener, so steht Pat. auf, aber er antwortet kaum auf Fragen, und das Sprechen ist behindert.

Im Juli 1865 in's Asyl aufgenommen, nimmt er seit Anfang Septbr. 1867 Bromkali, bei allmäliger Steigerung der Dosis von 1 auf 5 Grmm. Letztere Dosis bewirkt ein vollständiges Eehlen der Reflex-Nausea; man kann das Gaumensegel kitzeln, ohne dass Reaction erfolgt. Im Octbr. nur 4 Anfälle, im Novbr. 5, im Decbr. 5. Pat. hat das Bett nicht mehr gehütet, war nicht mehr in jenen Zuständen, die für sein Leben fürchten liessen; er antwortet ziemlich gut auf einfache Fragen, der Verstand ist weniger getrübt, die Sprache ist noch behindert.

Im Jan. 1868 kein Anfall, im Febr. 6 Anfälle, im März 10 ohne Agitation, im April 1 Anfall ohne Agitation, im Mai 12 Anfälle mit kurzer Aufregung. Pat. bleibt einen Tag lang im Bette. Bromkali 6 Grmm. Septbr. 1868: Manchmal in 4 Wochen kein Anfall; Pat. ist ruhig, durchschnittlich wohl. Bromkali in der Dosis von 6 Grmm. wird fortgesetzt.

Ein zweiter Kranker, 47 J. alt, wird am 9. Juli 1866 aufgenommen. Gedrungene Statur, kräftige Constitution, sanguinisches Temperament; starke Neigung zu Spirituosen. Keine Heredität. Epilepsie nach eigner Angabe seit 5 Jahren, Folge eines Streites mit einem intimen Freunde; Pat. fühlte ein Krachen im Gehirn, holte, ohne zu wissen, was er that, sein Gewehr, um seinen Freund zu tödten. Das führte zu seiner Sequestration, am 9. Juli 1866.

Pat ist erregt, das Gesicht roth, kongestiv, das Auge blitzend; Kopfschmerz. Des Nachts epileptische Anfälle; Pat. ist aufgeregt, un-

ruhig, er steht auf, geht umher, ohne zu wissen, was er thut, noch wo er ist. Einige Mal auch zwei epilept. Anfälle am Tage. Nach einigen Monaten werden die Anfälle seltener, nur zwei oder drei im Monat. Pat. hat auch kleine Anfälle, vertigo, namentlich des Nachts; er wacht plötzlich auf, springt auf, mit erschreckender Athemsnoth, zum Ersticken, er fühlt den Anfall kommen, er macht beträchtliche respiratorische Anstrengungen, und mit einem Male geht die Scene zu Ende. Nach den grossen Anfällen ist Pat. sehr gefährlich, aggressiv, er würde dreinschlagen und gewaltthätig werden, wenn man ihn nicht verhinderte. Die Aufregung mit dem Verlust des Bewusstseins dauert manchmal 8–10 Tage, während welcher man den Kranken isoliren muss. Sobald der Paroxysmus zu Ende ist, entschuldigt sich Pat. und bezeichnet den Gedanken an seine gewaltsamen Handlungen als seinen grössten Kummer.

Mitte Septbr. 1867 erhält Pat. Bromkali, 1 Grmm. in Steigerung zu 6 Grmm.; bei dieser Dosis hört die Reflex-Nausea auf.

Febr. 1868. Pat. hat keinen einzigen grossen Anfall gehabt, er ist ganz ruhig; man gestattet ihm, im Hause zu arbeiten, was man bis dahin nie gewagt hatte. Er hat noch Erstickungs-Anfälle gehabt, aber seltener und weniger heftig.

Im März 2 Anfälle ohne Aufregung. Im April 3 Anfälle, aber Pat. ist ruhig. Im Mai kein Anfall. Pat. ist ruhig, obgleich er sich sehr nach Hause sehnt. Bromkali zu 6 Grmm. wird fortgesetzt. Im Juni kein Anfall. Im Juli 5 Anfälle, einen Tag lang ein wenig Aufregung. Im August will Pat. die Arznei nicht mehr nehmen, sie wird ausgesetzt.

Der dritte Fall betrifft ein 20 J. altes Mädchen, die am 29. Aug. 1865 in Auxerre aufgenommen wurde. Sechszehn Monate alt litt sie an Krämpfen, nach denen eine grosse Schwäche und Abmagerung der Glieder der rechten Seite zurückblieb.

Uebrigens blieb sie ihrer Angabe nach gesund bis zum 15. Lebensjahre, in welchem sie die ersten Anfälle ihrer Krankheit hatte. Sie ist ein uneheliches Kind, wurde früh verständig, begriff früh ihre Verhältnisse und hatte ein lebhaftes Verlangen, ihren Vater kennen zu lernen. Eines Tages zeigte man ihr plötzlich eine Person mit den Worten „das ist Dein Vater.“ Das junge Mädchen hatte gerade ihre Regeln, die unerwartete Enthüllung ergriff sie heftig, die Regeln cessirten, und es traten Konvulsionen ein mit Verlust des Bewusstseins, die von da an

5—6 Mal wöchentlich wiederkehrten, und es entwickelte sich eine geistige Störung in der Form der erotischen Manie.

Nach einem Jahre erschienen nach dem Gebrauche von Eisenpräparaten die Regeln wieder; aber die Krämpfe blieben, 5—6 Mal, manchmal auch nur einmal wöchentlich eintretend: Aura im rechten Arm, alsdann Erblassen des Gesichtes, ein Schrei und Hinsinken, Bewusstlosigkeit, Konvulsionen; der Verstand ist ein oder zwei Tage getrübt, die Kranke fühlt sich sehr erschöpft; nach zwei Tagen kehrt die Intelligenz und Arbeitsfähigkeit zurück.

So ist der Zustand der Kranken im Septbr. 1867, als man mit dem Gebrauche des Bromkalis begann, in der Dosis von 1 Grmm., die alle 2 3 Tage um ½ Grmm. vergrössert wurde bis zu 5 Grmm., bei welcher Dosis man das Fehlen der Nausea bei Reizen des Gaumensegels konstatirt.

Im Septbr., Octbr., Novbr. und Decbr. kein epileptischer Anfall. Die Kranke ist ruhig und arbeitet. Unempfindlichkeit des Gaumensegels, das man mit dem Finger, mit einem Stifte berühren kann, ohne die geringste Nausea hervorzurufen.

Am 25. Jan. wieder ein epilept. Anfall am Tage und zwei in der Nacht. Die Kranke bleibt nach den Anfällen ruhig und setzt ihre Arbeit fort. Man gibt das Bromkali zu 5 Grmm. weiter. Im Febr., März, April und Mai kein Anfall; die Kranke ist ruhig u. arbeitet regelmässig.

Im Juni 2 oder 3 Anfälle; die Kranke ist ruhig und beschäftigt sich, ebenso im Juli. Am 2. Aug. Eruption einer Acne im Gesicht; heftige Magenschmerzen; das Bromkali wird ausgesetzt.

Vierter Fall. Eine 32 J. alte Frau, mit beschränktem Verstande, kräftiger Konstitution, sanguinisch, gibt an, seit dem zweiten Lebensjahre an Epilepsie zu leiden, in Folge eines Schreckens vor einem Hunde. In früher Jugend hatte sie täglich einen Anfall, seit Eintritt der Regeln nicht mehr als einen im Monat, zur Zeit der Menses. Sie wird am 5 April 1867 in Auxerre aufgenommen; damals grosse maniakalische Aufregung; sie schreit, schimpft, beleidigt Jeden und schlägt auf ihre Umgebung; man muss ihr die Jacke anlegen. In diesem Zustande bleibt sie einen Monat lang, ohne dass epileptische Anfälle bemerkt werden. Sie sagt, die Anfälle kämen des Nachts. Die Anfälle, welche am Tage auftraten, waren ohne Aura; ihnen folgt nicht immer manische Erregung, und diese tritt auch ein ohne vorhergehende Anfälle.

Anfangs September Bromkali, 1 Grmm. in allmäliger Steigerung, bis zum Fehlen der Nausea. Anfangs Januar 1868 nimmt Patientin 6 Grmm, die Unempfindlichkeit des Gaumensegels ist nicht vollständig.

Seit Sept. kein epileptischer Anfall; die Kranke ist ruhig und beschäftigt sich mit Nähen.

Am 8. Febr. wird das Bromkali ausgesetzt, wegen einer Affection des Schlundes.

Am 15. Febr. ein starker epileptischer Anfall, mit heftiger Manie, welche das Camisol erfordert. Im März von Neuem Bromkali, 1 Grmm. mit allmäliger Steigerung. Im März, April und Mai kein Anfall; die Kranke ist ruhig und arbeitet regelmässig. Bromkali zu 5 Grmm. wird fortgesetzt. Im Juni, Juli und August kein Anfall. Im Sept. wird Pat., augenscheinlich geheilt, entlassen. Nach der Entlassung gebrauchte sie kein Bromkali, und hatte sie mehrere Anfälle. Ich schenkte ihrem Manne das Recept und habe allen Grund zur Annahme, dass das Mittel wieder gut gewirkt hat, da die Kranke noch in ihrer Familie lebt.

Fünfter Fall. Ein 27 J. alter Mann, von nervöser Konstitution, gut genährt, gibt an, seit dem 19. Lebensjahre an Epilepsie zu leiden, in Folge des Schreckens bei einem Sturz ins Wasser. Die Anfälle kommen meist in der Nacht 10, 12 Mal im Monate, selten am Tage, eingeleitet durch Zittern der Glieder. Pat. verfällt oft in Manie, die ihn gefährlich macht. Er ist dann vollständig unbesonnen und würde die gewaltthätigsten Handlungen begehen, wenn man ihn nicht isolirte. Er wurde am 28. Mai 1864 im Asyle zu Auxerre aufgenommen; im Septbr. 1867 begann man mit dem Gebrauche des Bromkalis, zuerst in der Dosis von 1 Grmm., die alle 2—3 Tage um $^1/_2$ Grmm. verstärkt wurde. Drei Monate lang nahm Pat. das Mittel mit Widerwillen; er beklagte sich über heftigen Kopfschmerz. Im Dec. zertrümmerte er das Arzneiglas und refüsirte das Medikament. Alsdann beruhigte er sich und nahm die Arznei ohne Widerstreben, in der Dosis von 6 Grm. Seit Decbr. sind die Anfälle seltener, 5—6 im Monate. Nur einmal, im Febr. 1868, trat Aufregung ein, die nur 2 Tage lang anhielt, ohne dass eine Isolirung nöthig wurde. Sonst hatte Pat. alle zwei Monate einen starken Paroxysmus mit folgender so heftiger Agitation, dass man ihn isoliren musste.

Im März ist Pat. ruhig; Bromkali 6) Grmm. regelmässig. Am 15. März mehre epileptische Anfälle, keine Wuthanfälle. Im April 5 Anfälle;

leichte Aufregung, nur einen Tag lang. Im Mai ein Anfall. Ruhiges Verhalten. Bromkali 6 Grmm. Am 27. Juli wird Pat. merklich gebessert entlassen. Er hat noch 4—5 Anfälle im Monate gehabt, aber ohne folgende Aufregung.

Dr. *Bécoulet* resümirt, nach Schilderung dieser 5 Fälle, dass das Bromkali ein unzweifelhaft wirksames Medikament sei. Nach Mittheilung der ein-fach klinischen Beobachtungen wolle er die Wirkung des Bromkalis nicht erklären. Nach *A. Voisin* sei diese eine spezifische auf die excito-motorische Function des R. M., was, wie es scheine, durch das Fehlen der Reflex-Nausea bei seinem Gebrauche bewiesen werde. Nach *Martin-Damourette* und *Pelvet* (Gaz. des Hôpitaux, 28. Febr. 1868) beschränkt sich die sedative Wirkung des Mittels nicht auf das R. M., sondern erstreckt sich auf das ganze Nervensystem.

Vf. sieht sich berechtigt anzunehmen, dass das Bromkali wirksam und nützlich sei gegen Epilepsie, und dass es die konsekutiven Wuth-Anfälle mässige, selbst wenn die Krampfanfälle fortdauern. Die Versuche mit dem Mittel seien eifrig fortzusetzen.

Dieser Schlusssatz des Verf. beweist, dass er, trotz seiner guten Resultate, doch nicht dem jetzt in der Neuropathologie modernen Medikamente volles Vertrauen schenkt. Vielleicht kennt er, wie andere Aerzte, auch Fälle, die dem Bromkali *nicht* zugänglich waren. Aber die obigen Mittheilungen sprechen doch für seine sedative Wirkung und für die in manchen Fällen wenigstens temporäre Mässigung eines Leidens, das die Alten als ein „sacrum" bezeichneten.

Ein Panacée für die Epilepsie werden wir natürlich niemals finden.

Epilepsie mit schwerer Seelenstörung, Genesung.

(Allg. Zeitschr. f Psychiatrie, 26. Bd. 1. u. 2. Heft, p. 147.)

Als seltene Ausnahme von der allgemein geltenden Regel, dass die mit Seelenstörung verbundene Epilepsie unheilbar sei — ein Satz, den schon *Hippocrates* aussprach — veröffentlicht Dr. *Kirn* in Illenau einen Fall schwerer mit Epilepsie komplicirter Seelenstörung, die mit Genesung

endete. Er betrifft einen 37 Jahre alten, verheiratheten Soldaten. Die 4 Jahre dauernde Epilepsie äusserte sich in schweren Anfällen, welche die Erscheinungen der gewöhnlichen epileptischen Konvulsionen zeigten und sich in stets kürzeren Pausen folgten, so dass sie schliesslich nur noch von Intervallen von wenig Tagen, einige Male nur Stunden getrennt waren. Die Seelenstörung, welche auf die kaum 3 Jahre bestehende Epilepsie folgte, äusserte sich in doppelter Form: in maniakalischen Anfällen und in fortschreitender psychischer Schwäche. Die ersteren, in unregelmässigen Pausen sich folgend, zeigten die charakteristischen Erscheinungen der epileptischen Tobsucht, sie dauerten nur wenige Tage, waren durch viele Hallucinationen, feindliche Stimmung mit Neigung zu gewaltthätigen Handlungen im ersten, durch heitere überglückliche Stimmung im zweiten Stadium charakterisirt. In den anfallsfreien Zeiten bestand eine fortschreitende allgemeine psychische Schwäche. Hierzu traten sehr ausgesprochene Sensibilitätsstörungen, namentlich Hyperästhesien, und wurden später auch einzelne Rudera krankhafter Vorstellungen aus den erregten Zeiten in die ruhigen herübergezogen.

Das ausgeprägte Bild einer epileptischen Psychose charakterisirt durch

1) mehrjährige Dauer einer Epilepsie mit in immer kürzeren Pausen sich wiederholenden Convulsionen,
2) die der Epilepsie eigenen maniakalischen Anfälle,
3) fortschreitende psychische Schwäche,
4) Wahnvorstellungen, die, auch in die ruhigen Zeiten herübergezogen, sich wie bei sekundären Geistesstörungen äusserten —

liess nach allen empirischen Voraussetzungen eine schwere organische Erkrankung des Gehirns annehmen, welche, den gleichzeitigen tiefen Gemeingefühlsstörungen nach zu schliessen, wahrscheinlich durch Mitleidenschaft spinaler Bahnen komplicirt war. Die Prognose musste *durchaus ungünstig* gestellt werden.

Trotzdem nahm die Erkrankung mit Beginn des Jahres 1862 (erster epileptischer Anfall im März 1858, zweiter im April 1859, von da ab immer häufigere Anfälle) eine günstige Wendung. Die Anfälle wurden immer seltener, um nach dem 5. März 1862 nicht wiederzukehren; die maniakalischen Paroxysmen schwiegen mit Ende Juli völlig; die psychische Schwäche glich sich allmälig wieder aus; es trat *Genesung* ein. Diese hat sich, nachdem mehr als 6 Jahr seit der Entlassung aus der Anstalt vorübergegangen sind, als *dauernd* bewährt.

Während die frühere Medikation keinen dauernden Einfluss auf den Zustand geübt hatten, trat bald nach Darreichung des *Atropins* (vom Dec. 1861 an regelmässig verordnet) eine wesentliche Besserung ein, die schliesslich zur völligen Genesung führte.

Langdauernde Lethargie mit Catalepsie.

(Annal. méd. psycholog. 1869, Jannar p. 160.)

Ein 10 J. altes Mädchen hatte den Scharlach überstanden. Ohne nachweisbare Ursachen litt es seitdem an heftigem Kopfschmerz, der fast allen Schlaf fünf Wochen lang verscheuchte; dann verschwand der Kopfschmerz, und es blieb eine grosse Abspannung zurück. Eines Tages, 2 Stunden nach Mittag, fiel das Kind in tiefen Schlaf, aus dem es die Mutter nur mit vieler Mühe erwecken konnte; jedoch war das Wachen nicht vollständig. Das Kind schluckte Speisen, hustete, drehte sich im Bette um, ohne zu erwachen.

Der wiederholten Anwendung der Elektrizität folgten jedesmal Bewegungen und Schreien; unterbrach man den Strom, so trat wieder Schlaf ein. Bei der 5. oder 6. Applikation stiess das Kind einen heftigen Schrei aus, der mit *Streckung des Rumpfes* verbunden war.

Laue Bäder mit Salz, das Schwefelantimon, Calomel, Lavements von Valeriana, Chamomilla, Tabak, die Opiumtinktur wurden der Reihe nach erfolglos angewandt.

Die kataleptischen (? Red.) Anfälle traten 3—4mal täglich ein und dauerten 5—6 Minuten. Einreibungen von Unguent. Neapolit. und Campher längs der Wirbelsäule etc.

Erst nach 2 Monaten schien die Lethargie schwächer zu werden; einen Monat später kehrte die Sprache zurück.

Das Kind ist jetzt 14 Jahr alt und ganz gesund.

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 6. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath Dr. Fr. Koster, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Beiträge zur Behandlung der Psychoneurosen mit Opium. Canabis indica in einem Falle von Delir. tremens. Geisteskranke in der Freiheit. Zu frühe Entlassung aus der Anstalt. Die Elektrizität in der Behandlung des Irreseins. Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen. Selbstmord in der norddeutschen Armee. Aus Warschau. — Literatur.

Beiträge zur Behandlung der Psychoneurosen mit Opium.

(Inaugural-Dissertation von Dr. *Hugo Henne*, dirig. Arzte der Thurgauischen Kantonal-Irrenanstalt Münsterlingen, Frauenfeld, 1868.)

Der schon durch seine populäre Schrift „Ueber Geistesstörungen und Irrenanstalten“ (St. Gallen, 1865) bekannte Verfasser bekennt sich in obiger Broschüre als Freund des Opiums, dessen Anwendung bei Neurosen sich bis in die vorhistorische Zeit zurückverfolgen lasse. Seine Triumphe bei diesen Krankheiten liessen es auch in den Psychoneurosen, d. h. in den mit psychischer Störung einhergehenden Neurosen versuchen. Es entstanden zwei feindliche Lager, enthusiastische Freunde des Opiums, die in ihm ein Panacée für alle Formen der Psychoneurosen erblickten, und entschiedene Gegner, die dem Mittel jede Heilwirkung in diesen Krankheitszuständen absprachen. Nach Verf. fehlte die nüchterne ruhige Prüfung, die konsequente fortgesetzte Beobachtung und die genauere Bezeichnung derjenigen Krankheitsformen, bei denen das Opium hauptsächlich seine segensreichen Wirkungen entfalten sollte, und wo dieses weniger oder gar nicht der Fall sein werde. Aber mit der ruhigen objektiven Prüfung wuchs die Zahl der Freunde des Opiums, die zwar nicht mehr in ihm ein Universalmittel erblickten, aber ein Mittel kennen lernten, das in manchen Formen von Psychoneurosen unzweifelhaft segensreich ist.

Verf. wurde 1864, als Assistenzarzt in St. Pirminsberg, durch Dr. *Zinn* in die Opium-Behandlung praktisch eingeführt und erstaunte sowohl über die enormen Dosen dieses Mittels, als über die eklatanten Erfolge in vielen Fällen. Kein Opiumenthusiast gewann er doch die feste Ueberzeugung, dass gewisse Formen von Psychoneurosen durch dieses Mittel rascher und sicherer geheilt werden können, als durch irgend eine andere Behandlung. Als Direktor in Münsterlingen setzte er seine Versuche fort, und seine Beobachtungen und Resultate haben nicht nur seine früheren Erfahrungen bestätigt, sondern ihn auch diejenigen Formen der Psychoneurosen genauer kennen gelehrt, die durch Opium am Siehersten geheilt werden können. Aus einer grossen Reihe von Beobachtungen hat Verf. eine kleinere Anzahl (11 Fälle) zu ausführlicher Mittheilung ausgewählt, in deren Typus das Opium eine so zu sagen spezifische Wirkung entfaltet.

In allen beschriebenen Fällen wurde eine hochgradige Anämie konstatirt — eine Bestätigung der Erfahrung, dass sich Psychoneurosen besonders häufig auf dem Boden der Anämie entwickeln. Grade bei den auf anämischer Grundlage entstandenen Psychoneurosen liefert die Behandlung mit Opium die günstigsten Resultate. Das Opium, sagt Vf., heilt die Psychoneurose und lässt die einfache Anämie zurück, die nachträglich für sich allein um so leichter beseitigt werden kann. In den beschriebenen 11 Fällen tritt es deutlich hervor, dass nach dem gänzlichen Verschwinden der psychoneurotischen Insulte die Anämie noch fortbestand, und nur in manchen Fällen an Intensität verloren hatte.

Unter den 11 Fällen sind 8, welche in die Kategorie der sogenannten Melancholie resp. Melanch. agitans gehören, Psychoneurosen mit depressiver Gemüthsstimmung und dem Drange, sich diesen deprimirenden Einflüssen zu entziehen. In diesen Zuständen hat Vf. am häufigsten günstige Erfolge vom Opium gesehen, während es in Fällen sog. Manie mit meist heiterer Gemüthsaufregung (3 Beobachtungen) ungleich häufiger im Stiche liess.

Ausser im Falle 10, wo der Verlauf ein zu rascher war (Manie, Aufnahme 9. März, Fehlen der psychischen Symptome schon am 22. März, Entlassung 4. Mai), konnte Verf. in allen übrigen Fällen sich wiederholt durch Aussetzen des Opiums oder vorzeitige Verringerung der Dose an dem sofortigen Wiederauftreten der psychoneurotischen Symptome von der direkten Einwirkung des Opiums auf letztere überzeugen.

Die Gegner der Opiumbehandlung, sagt Verf. weiter, greifen namentlich solche Fälle als Nichts für das Opium beweisend an, wo während seines Gebrauchs anderweitige körperliche Entwicklungen, z. B. Eintritt der ausgebliebenen Menses, Statt finden, und dann Besserung und Genesung erfolgt. In den beschriebenen Fällen des Vf. war bei den Männern von irgend einem besonderen Vorgange nichts zu bemerken, unter den Frauen war eine gar nicht mehr menstruirt, die andern 5 litten zwar an Menostasie, diese aber dauerte bei allen noch fort, als die Psychoneurose schon geheilt war.

Alle 11 Fälle sind vollständige Genesungen, und es ist dieses Resultat um so erfreulicher, da nur bei 3 weder erbliche noch familiäre Anlage vorhanden, dagegen in 3 erbliche, und in 5 Fällen familiäre Anlage nachgewiesen war, so dass also 8 Fälle zu den prognostisch nicht ganz günstigen gehören. *)

Die Dauer der Erkrankung vor Beginn der Opiumbehandlung, die Dauer der letzteren, den Opiumverbrauch und die höchste tägliche Dosirung ersieht man aus folgender Tabelle, welcher Ref. die Rubriken „Aufnahme" und „Entlassung" beizufügen sich erlaubte.

Beobachtung.	Dauer der Erkrankg. vor der Opiumbehandlung.	Dauer der Opiumbehandlung.	Opium-Verbrauch.	Höchste Dosis per Tag.	Aufnahme.	Heilung resp. Entlassung
1	1 Jahr	51 Tag	352 Gran	15 Gran	28/11 65	25/1, 6/2 66
2	1 Monat	34 „	379 „	24 „	2/7 65	Sept. 28/11 65
3	6 Monate	75 „	122 „	2 „	13/6 66	8/9 66
4	7 „	84 „	496 „	21 „	26/7 64	24/9 65
5	2 Wochen	24 „	202 „	12 „	5/4 68	30/4, 20/6 68
6	3 Monate	148 „	2653 „	36 „	21/10 67	4/4, 11/4 68
7	1 Tag	18 „	Morphium 8 Gran	1/2 „	21/11 65	5/12 65, 2/1 66
8	3 Monate	33 „	446 „	21 „	25/3 65	7/6, 2/7 65
9	3 „	85 „	893 „	18 „	17/5 66	28/8 66
10	2 Tage	8 „	41 „	9 „	9/3 68	22/3, 4/5 68
11	6 Monate	68 „	530 „	21 „	14/5 68	13/8 68

*) Vf. scheint andere Erfahrungen betr. Prognose des hereditären Irreseins gemacht zu haben, als andere Autoren. Vergl. Irrenfreund 1866, Nro 12, p. 188. (Ref.)

Den 11 Fällen reiht Vf. noch eine zwölfte Beobachtung an. Eine 28jährige arme Taglöhnersfrau, die in ihrem 16. Jahre an einer tobsuchtartigen Krankheit gelitten, hatte am 22. Juli 1864 in einem Anfalle von Furor transitorius ihren beiden Kindern (2 Jahr und $1^1/_2$ Monat alt) die Köpfe abgeschnitten, „um dieselben aus diesem elenden Leben in den Himmel zu bringen." Am 5. Aug. wurde sie in St. Pirminsberg aufgenommen. Abgemagert und anämisch verfiel sie bald wieder in Tobsucht, die remittirend andauerte. Am 5. Dec. 1864 Beginn der Opiumbehandlung, 2 Gran bis 24 Gran (in 3 Dosen) per Tag. Schwankungen, Aussetzen und Erneuerung des Mittels, bis zum Juni 1866, wo die Aufregung sich milderte und Opium nicht mehr erforderlich war. Die Kr. hatte während 19 Monate ununterbrochen Opium genommen und mindestens 1 Pfund verbraucht. Vom Juni 1866 bis zum Frühjahr 1867 wurde die Kranke zusehends ruhiger, ohne aber bisher ein klares Bewusstsein ihrer That gezeigt zu haben. Erst an Ostern 1867 und später zeigte sie eine so klare Einsicht und Reue über ihre That etc., dass ihre vollständige Genesung nicht mehr zu bezweifeln war. Am 12. Aug. 1867, also nach 3jährigem Aufenthalte in der Anstalt, wurde sie aus dieser entlassen.

Betr. den *Gang* der Opiumbehandlung pflegt Vf. mit 2 Gran Abends zu beginnen. Tritt keine Wirkung ein, so werden am folgenden Tage zweimal 2 Gran gegeben, am 3. Tage dreimal 2 Gran, und dann, bis deutliche Wirkung erfolgt, täglich jede der drei Dosen um 1 Gran erhöht. So wie die Wirkung bemerkbar wird, bleibt Verf. bei der gegebenen Dosis und steigt erst wieder, wenn die Symptome sich wieder steigern, erforderlichen Falles auf 3mal täglich 12 Gran. Ist bei einer gegebenen Dosis Besserung überhaupt eingetreten und während ca. 8 Tagen geblieben, so versucht Verf. die Dosen, in etwas rascheren Reihenfolge als beim Steigen, zu reduciren, bis zum gänzlichen Aussetzen; bei abermaliger Steigerung der Symptome vermehrt er jede Dosis täglich wieder um 1 Gran, bis wieder Beruhigung eintritt; dann nach einigen Tagen Wiederholung des Reductionsversuches.

Tritt Erbrechen ein: Herabsetzung der Dosis auf die vorhergehende und so fort, bis kein Erbrechen mehr erfolgt; dann wieder behutsames Steigen. Oft kann die Dosis, die vorher Erbrechen machte, überschritten werden, ohne dass wiederum Erbrechen erfolgt. Tritt Erbrechen schon bei der *ersten* kleinen Dosis ein, so wird der Versuch nach einigen Tagen wiederholt.

Ebenso wenig darf während der Opium-Behandlung Anorrhexie, belegte Zunge, Durst, Verstopfung oder Durchfall zur Abstrahirung von dem Mittel bestimmen, da diese Erscheinungen ebenso häufig ohne Opium eintreten und dieses nicht immer Schuld daran ist. Oft genügt gleichzeitig Rheum mit Magnes. carbon., Magnes. sulphuric., Senna, Pilul. rheo-aloëtic. Katechu oder Colombo, um die betr. Erscheinungen zu beseitigen. Wenn nicht, so kann man das Opium vermindern oder aussetzen, worauf ein späterer Versuch damit gemacht wird.

Oft sah Verf., dass schon vorher bestehende Anorrhexie während der Opiumbehandlung verschwand, Appetit, manchmal selbst Gefrässigkeit sich einstellte, die schlechte Ernährung sich hob und das Aussehen sich besserte.

Bei Kranken, die lange grosse Dosen Opium genommen, muss mit der Reduction sehr behutsam verfahren werden; bei zu raschem Fallen und Aussetzen tritt leicht eigenthümliche Schwäche und Hinfälligkeit ein, der nur durch kleinere Gaben Opium begegnet werden kann.

Sehr zu empfehlen ist, namentlich bei Verabreichung grösserer Dosen, für den gleichen Kranken immer die gleiche Qualität Opium zu verwenden; Veränderungen können Erbrechen und somit Störung im Gange der Behandlung bewirken.

Gegen die Anämie wird, wenn die Ernährung sich nicht bald hebt, während des Opium-Gebrauchs oder nachher Eisen gegeben, mit Senffussbädern bei etwa noch fortbestehender Menostasie.

Verf. empfiehlt nicht das Opium als ein in allen bezüglichen Fällen *unfehlbares* Heilmittel; es liess ihn auch öfters gänzlich im Stich in Fällen, die einen raschen Erfolg versprachen; doch betrachtet er es als ein *wirkliches Heilmittel* für frische Psychoneurosen anämischer Individuen, namentlich für das weibliche Geschlecht. Selbst in länger dauernden Fällen, die bereits sekundär zu werden drohen, können noch viele Besserungen, selbst Genesungen durch Opium bewirkt werden.

Für die Leser d. Blattes, die das Opium noch versuchen wollen, haben wir den Inhalt der Broschüre *Henne's* möglichst ausführlich mitgetheilt. Wir selbst haben seit vielen Jahren keinen Gebrauch mehr von dem Mittel gemacht, ausser gelegentlich und für wenige Tage, zur Beseitigung resp. Milderung gewisser Symptome, der Angst, der Agitation und der Schlaflosigkeit eines Geisteskranken. Dass das Opium *mehr* als sedativ und palliativ wirke, dass es ein Heilmittel der Psychoneu-

rosen sei, d. h. ihren Verlauf abkürze und die Genesung beschleunige, davon konnten wir uns in Uebereinstimmung mit andern Beobachtern nicht überzeugen, und das scheint mir weder durch frühere Abhandlungen, noch durch die uns vorliegende bewiesen zu sein. Von theoretischen Deductionen müssen wir absehen, aber die konkreten Fälle selbst, in denen es zur Anwendung kam, in's Auge fassen und mit andern vergleichen, in denen es nicht zur Anwendung kam.

Es ist wahr, unter den 12 Fällen *Henne's* sind mehre, die rasch, binnen 1—2 Monaten nach der Aufnahme geheilt wurden. Meine Erfahrung *) weist gleichfalls 4 Fälle nach, die *ohne medikamentöse* Behandlung, also ohne Opium in 5 Wochen, in 2, $2^1/_4$, $2^1/_2$ und 3 Monaten genasen, und solcher Fälle werden in grossen Asylen *mehre* bekannt sein. Ist es doch sogar selten nicht, dass Irre schon auf der Reise zum Asyle sich bessern. Man darf eben die Wirkung *anderer* Agentien auf das Gehirn nicht vergessen. Im Durchschnitt betrug der Aufenthalt der mit Opium behandelten 12 Fälle *Henne's* im Asyle $5^3/_4$ Monate — bei mir war die Durchschnittszeit bei 42 Genesenen ohne Behandlung mit Opium $6^1/_7$ Monate — eine Differenz, die, will man sie als nicht unerheblich betrachten, durch Zufälligkeiten und den verschiedenen Charakter der Asyle sich erklären lässt.

Da Dr. *Henne* „aus einer grossen Reihe von Beobachtungen eine kleinere Anzahl zu ausführlicher Mittheilung ausgewählt“ — so wäre es eben wichtig zu wissen, wie viele überhaupt mit Opium behandelt, wie viele geheilt sind, und wie lange letztere durchschnittlich im Asyle verblieben. Stellt sich bei gewissenhafter Beobachtung heraus, dass Opium den Procentsatz der Heilungen erhöht und den Verlauf der Fälle abkürzt — so hat man Recht, es als ein wirkliches Heilmittel zu betrachten

Dr. *Henne* zählt 8 seiner mitgetheilten Fälle zu den „prognostisch nicht ganz günstigen“, da bei 3 „erbliche“ und bei 5 „familiäre Anlage nachgewiesen war“, und bezeichnet deshalb das Resultat der vollständigen Genesungen als ein um so erfreulicheres. Wir haben schon angedeutet, dass die *Heredität* nach den Erfahrungen anderer Asyle die Pro-

*) Bendorf-Sayn, Asyl für Gehirn- und Nervenkranke, Berlin, Hirschwald p. 28.

gnose nicht trübt. Die hereditär oder familiär Disponirten erkranken leichter und öfter, aber genesen im Ganzen *rascher*.

Ich habe schon mehrmals gefunden, dass der Verlauf cerebraler Leiden auf Rechnung *eines* Medikamentes gesetzt wurde, obgleich *neben* diesem noch *andere* Agentien in Wirkung treten. So finden wir auch in den meisten Fällen *Henne's* neben dem Opium noch die Isolirung, Eisen, Bäder, Senffussbäder, kalte Umschläge etc. angewandt. Da ist es doch jedenfalls ungewiss, ob das Opium *allein* die Heilung bewirkt hat.

Noch in diesem Jahre erlebte ich den Fall vollständiger Genesung eines so heftigen Falles von Manie, dass der betr. Kranke fast permanent *isolirt* werden musste. Es wurde dabei für frische reine Luft und eine kräftige Nahrung (täglich Rothwein) gesorgt. Arzneien kamen nicht zur Anwendung. Die *Isolirung* ist ja unersetzlich, wo es darauf ankommt, von dem kranken Gehirn äussere Einwirkungen abzuhalten, wo sich dieses dann erfahrungsgemäss von selbst erholt. „Ich bin der Meinung", sagt *Guislain* *) (Kap. Behandlung der Manie) dass von 100 Heilungen wenigstens 80 mit Hilfe der Natur und anderer Mittel sich auf den Einfluss der Isolirung stützen, oder einfacher gesagt, auf den der Gefangenschaft. Um eine Manie zu bekämpfen, ist die Beraubung der Freiheit das wirksamste Mittel. Kein anderes Heilmittel kommt ihm an Kraft gleich." Somit beweist Opium *in der Isolirung* angewandt für sich sehr wenig. Ebenso ist der gute Einfluss der Isolirung, der Ruhe und des Bettliegens bei vielen Melancholikern bekannt. Und wie oft ist nicht die herrliche Wirkung der lauen und prolongirten Bäder bei Geisteskranken gerühmt worden! Auch sie wandte Dr. *Henne* neben dem Opium an. Ich bin weit entfernt, die *gleichzeitige* Anwendung dieser Agentien zu verwerfen, ich sage nur, sie gestattet niemals die vorwiegende Wirkung *eines* derselben in den konkreten Fällen zu beweisen.

Betrachtet man den *Verlauf* der *Henne*'schen Fälle näher, so findet man in den meisten, dass die Genesung *allmälig* unter Schwankungen erfolgte, also in der gewöhnlichen Weise, wie sie auch bei exspektativer Behandlung erfolgte. Ich finde nicht, dass der Verlauf durch das Opium abgeändert wurde.

*) Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten, deutsch von Dr. H. Laehr, p. 427.

Nur in der 3. Beobachtung, wo die Kranke seit dem 14. Juni *Eisen, jeden Abend 2 Gran Opium und täglich ein Bad* erhält — war sie am 20. Juni „wie umgewandelt, ruhig etc., spricht verständig und geordnet," „den Juli hindurch fortwährend gutes Verhalten." „Im August ungestörter Fortschritt der Besserung." Entlassung am 8. Sept.

In diesem Falle könnte man geneigt sein, die *rasche* Genesung dem *Eisen*, dem *Opium* und den *Bädern* zuzuschreiben. Es ist aber, wie aus der Krankengeschichte deutlich hervorgeht, ein Fall *periodischen* Irreseins. Die Frau hatte 10 Jahre nach der Verheirathung den *ersten* Anfall gehabt, der auch „in kurzer Zeit" sich besserte; den *zweiten* im Mai 1861; als die Kranke in eine Anstalt gebracht werden sollte, „trat *von Stund an* Besserung ein." Im Februar 1864 ein *dritter* gelinder Anfall. Im Spätherbst 1865 der *vierte* Anfall; am 13. Juni 1866 Aufnahme in St. Pirminsberg und schon am 20. Juni plötzliche Besserung. Dieses rasche Abfallen der Krankheit, so dass sie von ihrer Höhe *sofort* oder nach *kurzer* Remission in die Rekonvalescenz überspringt, ist ja eben bei *periodischen* Fällen die *gewöhnliche* Erscheinung, die ihrem Charakter, und nicht dem angewandten Medikament zugeschrieben werden muss.

Auch bei nicht periodischen Fällen, namentlich Manien oder aktiven Melancholien, beobachtet man ein fast plötzliches Abbrechen und eine rasche Genesung *bald* nach der Aufnahme im Asyle, nach irgend einem Eindrucke oder Ereignisse, nach einigen Bädern, nach einem Purgans etc., und bemerkten wir schon, dass auch *mit der Reise ins Asyl* die Kranken sich zu bessern beginnen. An *solche* Fälle muss man denken, um sich vor Illusionen betreffs der Wirkung gewisser *Medikamente* zu schützen.

Solche Fälle kommen vor bei Individuen, in deren Familien andere Glieder an *chronischem* Irresein leiden. *Sie* bekunden die Disposition durch Abortivformen. Sie müssen zur genauen Untersuchung der Lungen veranlassen. Das kurze Irresein ist manchmal das Symptom einer sich *entwickelnden Tuberkulose.*

In dem 10. Falle, der in *14 Tagen* nach der Aufnahme zur Heilung überging, bezweifelt Verf. selbst, »ob der günstige Erfolg wirklich dem Opium zuzuschreiben sei und ohne dasselbe nicht ebenso gut und so rasch erfolgt wäre." Der Fall erinnert allerdings an *akuten* Alkoholismus oder die erste heftige Attaque des paralytischen Irreseins, Formen, die nicht selten auch bei Method. exspectativa *rasch* zu Ende gehen.

In dem 12. Falle, der am 5. Aug. 1864 aufgenommen und am 12. Aug. 1867 geheilt entlassen wurde, nach einer *19 Monate langen* Behandlung mit Opium, wovon mindestens 1 Pfund verbraucht wurde — ist es gewiss *sehr schwer*, diesem Mittel den Erfolg zuzuschreiben.

Somit scheinen mir die vom Verf. beigebrachten Beobachtungen nicht die *Heilkraft* des Opiums zu beweisen. Ich glaube auch nicht, dass die Beobachtungen in *Asylen*, die an sich schon und durch ihre Einrichtungen und Organisation ein Heilmittel sind, viel zur Aufklärung in der Opium-Frage beitragen können. Wir haben diese Aufklärung eher aus der Praxis ausserhalb den Anstalten zu erwarten.

Dr. *Brosius*.

Cannabis indica in einem Falle von Delir. tremens.

(Annal. méd. psycholog. 1869 Januarheft, p. 156, 159.)

X. nahm gewohnheitsmässig Opium und ertrug schon beträchtliche Dosen; nicht weniger als vier Unzen der Tinctur waren täglich erforderlich, um ihm den von ihm gesuchten Reiz zu verschaffen; niemals hatte er eine einschläfernde Wirkung davon erfahren. Seit einem Jahre hatte er dem Genusse des Opiums entsagt; seit einem Monate trank er Branntwein, täglich ungefähr 1 Litre. *) Zweimal hatte er seitdem an Delir. tremens gelitten, das jedesmal durch Cannab. indic. geheilt wurde. Man gab die Tinktur 3stündlich zu 20 Minimes (ungefähr 1 Millilitre) **); zwei Stunden nach der dritten Dosis trat ein ruhiger Schlaf ein, der 4 Stunden dauerte, und am folgenden Tage war alle Aufregung verschwunden.

Dr. *Beddoe* in Bristol empfiehlt ebenfalls den indischen Hanf nach vielen Versuchen mit demselben in derselben Krankheit. Er zieht die Tinktur als rasch wirkend dem Extrakte vor; wenn sie aber Uebelkeit bewirkt, verordnet er das Extrakt in Pillen mit gleichem Theile Natr. carbonic., um es leichter löslich zu machen. Er beginnt gewöhnlich mit

*) 1 Liter = 33⅓ Unzen. **) 1 Millitre = 16 Gran = 1 Grmm.

1 Gran des Extracts oder 20 gutt. der Tinctur; nach 4—5 Stunden, wenn kein Schlaf eintritt, gibt er die doppelte Dosis, abermals nach 6 Stunden, wenn noch keine Wirkung erfolgt ist, 3 oder selbst 4 Gran, ebenso eine noch stärkere Dosis nach 6—8 Stunden. Beim Gebrauche des Extrakts sind längere Pausen erforderlich, als wenn man die Tinktur verordnet. Dr. *Beddoe* hält es für besser, die Wirkung des Mittels nach grösseren Gaben abzuwarten, als kleine Dosen alle 2—3 Stunden zu verordnen.

Einer der Vorzüge des Hanfs ist, dass es den Appetit nicht verdirbt, wie das Opium.

Geisteskranke in der Freiheit.

(Annal. méd. psycholog. März 1869 p. 367).

Am 10. Jan. nach 7 Uhr Morgens erschien ein Mann, anscheinend von gutem Stande, in der Kirche St. Severin und näherte sich einem Altare, wo der Priester die Messe las. Da er den Hut aufbehielt, bat ihn der Kirchendiener, denselben abzunehmen. Er stiess den Mann aber zurück, mit Gewalt und dem Ausrufe: Zurück, zurück, Satan! stieg dann die Stufen des Altares hinauf, ergriff den Kelch und schleuderte ihn fort und begann Alles, was er vorfand, zu zerstören. Sofort ergriffen, wurde er vor den Polizei-Commissär geführt; aber man konnte kein Wort aus ihm herausbringen.

(Journ. officiel, 12. Jan.)

Wir haben erfahren, dass der Mann in einem Asyle untergebracht ist; er war auch früher schon einmal im Irrenhause.

Man schreibt aus Löwen:

Unsere Stadt war letzten Samstag der Schauplatz eines schrecklichen Unglücks. Ein junger Engländer von sehr achtbarer Familie, der schon früher in einem Asyle war, beging seit einiger Zeit ganz excentrische Handlungen. Am letzten Samstag echappirte er aus seiner Wohnung und kaufte bei einem Waffenhändler einen Revolver, wobei er keine Spur von geistiger Störung verrieth. Kaum hatte er das Magazin

verlassen, als der Vater des jungen unglücklichen Mannes dazu kam und die Polizei benachrichtigte, welche ihn aufsuchte. Auf dem Punkte, ergriffen zu werden, echappirte er nochmals. Nur der Pompier Vincent setzte die Verfolgung fort. In dem Augenblicke als er ihn ergreifen wollte, trat der Flüchtling zurück und schoss auf ihn; die Wunde war bedeutend. Man wurde jedoch endlich seiner Meister und brachte ihn in Arrest. —

Die Frau M., 45 J. alt, Rue Bouloi, suchte in einem Anfalle furiösen Irreseins ihren Mann, ihre Tochter und sich selbst um's Leben zu bringen.

Sie stand in der letzten Nacht auf, nahm ein scharfes Messer und brachte ihrem Manne durch einen heftigen Stoss eine Wunde am Unterleibe bei. Auf das Geschrei des Verwundeten kam die Tochter herbei, die nun von der wüthenden Mutter mit derselben Waffe schwere Wunden am Kopfe erhielt. Darauf brachte sie sich selbst mehre Verletzungen am Unterleibe bei. Die Miteinwohner des Hauses eilten auf den Lärm herbei und schlugen die Thür ein. Man fand das Zimmer mit Blut übergossen und die drei Verwundeten regungslos hingestreckt. Die sogleich angewandte Hilfe brachte sie wieder zum Bewusstsein; keine der Wunden ist tödtlich. Es sind Anstalten getroffen, um die Frau M. in's Irrenhaus zu bringen.

(Moniteur, 20. Jan. 1869.)

Zu frühe Entlassung aus der Anstalt.

(Annal. méd. psycholog. 1869, July p. 168.)

Herr X. zeigte seit einiger Zeit Zeichen von Geistesstörung. Sein Zustand verschlimmerte sich so weit, dass man ihn einer Anstalt übergeben musste. Seine Frau konnte sich nicht überzeugen, dass er wirklich irre sei; sehr betrübt über die Trennung von ihm, betrieb sie seine Entlassung aus dem Asyle. Gerührt durch ihre Bitten, und da der Kr. seit mehreren Tagen sehr ruhig erschien, gab man denselben nach.

Herr X. zeigte eine grosse Freude über seine Rückkehr nach Hause, und eine Zeit lang konnte man nicht anders annehmen, als dass er

völlig geheilt sei. Bald zeigten sich aber von Neuem leichte Andeutungen geistiger Störung, die indessen keine Besorgniss erweckten; man dachte, sie würden unter guter Pflege wieder verschwinden. Aber es geschah nicht so, das Irresein sollte in schrecklicher Weise auftreten.

Herr X. war am 30. Mai mit seiner Tochter Abends ausgegangen. Er führte sie an das Ufer der Seine, seitwärts Asnières, und an einem einsamen Platze angelangt, stürzte er sich auf sie, warf sie um und schnitt ihr mit einem Rasirmesser die Kehle durch. Mehre Personen, die das Geschrei des sich wehrenden Mädchens gehört hatten, eilten hinzu. Herr X. stürzte sich in die Seine; aber man zog ihn lebend heraus. Die Tochter war todt.

Die grosse Aufregung des Herrn X. und seiner verwirrten Reden liessen keinen Zweifel über seinen Geisteszustand. Er wurde dem Gerichte übergeben.

Die Elektricität in der Behandlung des Irreseins.

(Annal. méd. psycholog., Januar 1869.)

Dr. *Michéa* theilt zwei Beobachtungen mit Der erste Fall war Melancholie mit Stupor; Unthätigkeit, trauriges partielles Delirium, charakteristische sensorielle Illusionen, Unempfindlichkeit oder vielmehr dumpfe Empfindungen, welche die Quelle zahlreicher Illusionen sind und den Kranken in einen eigenthümlichen, traumähnlichen Zustand versetzen.

Diese Art der Melancholie ist fast immer heilbar, und obiger Kranke konnte durch jedes andere Mittel, auch von selbst genesen. Aber eben so wahr ist es, dass nach erfolgloser Anwendung von Purganzen, Hautreizen, Bädern und Douchen der Kranke anfing, mehr zu gehen, klarer im Kopfe zu werden, zu sprechen, von selbst Etwas zu thun — von dem Augenblicke an, wo er anfing, den durch die Elektro-Punktur verursachten Schmerz zu äussern.

In dem zweiten Falle handelte es sich nicht um eine Melancholie mit Passivität und Stumpfheit der Intelligenz, mit Stupor, sondern um eine Melancholie mit dem Entschlusse, nicht sprechen und handeln zu wollen.

Wie man sich auch die Gleichgültigkeit erklärt, mit welcher zuerst der Kranke das Stechen, Kitzeln, Elektrisiren ertrug, möchte diese Gleichgültigkeit von einer Analgesie oder vom Willen herrühren — die Elektropunktur beseitigte doch zuletzt die Stummheit und Unthätigkeit, worin der Kranke versunken war.

Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen.

(Westphäl Merkur, Nro 115, 1869).

Es ist wohl kaum eine öffentliche Angelegenheit, welche weniger allgemein gekannt und dennoch das öffentliche und Familienwohl in geistiger wie materieller Hinsicht verhältnissmässig mehr berührt, als das Irrenwesen.

Das Irrenwesen unserer Provinz Westphalen hat im Laufe dieser sechsziger Jahre eine vollständige Umwandlung in mehrfacher Hinsicht erfahren. Es ist eines der ältesten Deutschlands. Nachdem das frühere Kapuziner-Kloster in Marsberg bereits 1814 als Landeshospital zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmt worden war, wurde im Anfang der 30ger Jahre die Anstalt durch den Anbau eines besonderen Heil-Gebäudes erweitert, welches eigens zu seinem Zwecke nach den damaligen besten Muster erbaut wurde. Schon in den 40r Jahren erwies sich jedoch auch diese Erweiterung als unzureichend, und nachdem sich eine fernere Ausdehnung der Gebäude in Marsberg selbst als unzweckmässig erwiesen hatte, wurde, bei einer auf beinahe 500 gestiegenen Krankenzahl, die Anstalt für evangel. Geisteskranke in Lengerich 1862—1866 neu erbaut, während Marsberg, ebenfalls umgebaut und erweitert, für kath. Kranke bestimmt wurde. Jüdischen Geisteskranken steht die Aufnahme in beiden Anstalten frei.

Durch die Liberal... der Vertreter der Provinz mit nicht geringen Opfern erbaut und resp. erweitert, bieten sie jetzt wohl in genügendem Masse die äussern Mittel dar, ihren hohen Zweck zu erfüllen.

Ist nun so für Raum zur Aufnahme der geeigneten Kranken gesorgt, so ist durch eine weitere Massregel ein Hinderniss hinweggeräumt, welches bis dahin der rechtzeitigen Aufnahme namentlich der armen Geisteskranken im Wege stand; es ist dies der Geldpunkt.

Alle Gemüths- und Geisteskranke der 3. Verpflegungsklasse nämlich, welche rechtzeitig, d. h. innerhalb wenigstens der ersten 6 Monate nach Ausbruch der Krankheit in die Anstalt aufgenommen werden, und bei welchen Nichts von Seiten der Angehörigen oder Gemeinden versäumt ist, was die Aufnahme fördert, werden jetzt auf ein volles Jahr unentgeltlich aufgenommen, verpflegt und behandelt.

Wenn nun Kranke durch Nichtbenutzung der gebotenen Mittel unheilbar werden und Zeitlebens der Gemeinde, der Familie und sich selbst zur Last fallen, so kann nur die Schuld an den Angehörigen oder den betreffenden Lokalbehörden und Aerzten liegen.

Gleichzeitig mit dieser äussern Besser-Gestaltung des Irrenwesens musste auch eine Reform des innern Lebens der Anstalten sich anbahnen.

So konnte denn nach gewonnenem Raum ein Haupterforderniss der neuern humanen Irrenbehandlung, die Abschaffung jeglicher mechanischer Zwangsmittel und Zwangsmassregeln ein und durchgeführt, so konnte für hinreichende und angemessene Beschäftigung gesorgt werden, sei es in dem weiter ausgedehnten Betrieb mit Garten- und Feldarbeiten, sei es im Hause mit den verschiedenen Handwerken und auf der Frauenseite mit den verschiedensten weiblichen Handarbeiten.

So sehen wir denn auf dem Anstaltsgebiete einen grossen Theil der Kranken sich frei bewegen, beschäftigt mit passender Arbeit, während der übrige Theil im Innern oder auf den Höfen arbeitet.

Für die Unterhaltung ist gesorgt durch eine umfangreiche Bibliothek, Zeitschriften aller Art, durch Spiele, gesellige Vergnügungen, musikalische Unterhaltungen, Tanzbelustigungen, Theater etc. etc. unter Theilnahme der Anstaltsbeamten und der Anstalt näher stehenden Familien aus der Stadt.

Auch das religiöse und kirchliche Leben ist in geeigneter Weise geordnet. Täglich Gottesdienst und für die geeigneten Kranken Religions-Unterricht; den irgend dazu Fähigen ist der Zutritt zu den Sakramenten gestattet.

Die Anstalten stellen dergestallt einen Organismus dar, welcher nach den neuesten Erfahrungen der wissenschaftlichen Heilkunde für Geistes- und Gemüthskranke geordnet ist, eine Welt im Kleinen, die ihren Lauf macht nach dem einen Ziele hin — dem Wohl und der Genesung der Kranken. Sie umfassen eine grosse Familie, deren Mitglieder durch ein Band verbunden sind, welches sie gemeinschaftlich ein grosses Missge-

schick mit Ergebung tragen, mildern und heilen lässt, ein grossartiges und, sagen wir gleich, das einzige Mittel in den bei weitem meisten Fällen, welches geignet ist, die verlorene geistige Gesundheit zurückzubringen und für die Kämpfe und Gefahren des täglichen bürgerlichen Lebens wieder zu stärken und zu befestigen.

Wie wenig das Mittel häufig noch rechtzeitig und mit vollem Vertrauen ergriffen wird, theils aus Unwissenheit, theils aus gänzlich veralteten und unbegründeten Vorurtheilen, zum grossen Nachtheil des öffentlichen und Familienwohls, darauf ist bereits oben im Allgemeinen hingedeutet, und es wird desshalb beabsichtigt, weitere Mittheilung über diese wichtigen öffentlichen Heilanstalten und ihr Leben zu machen, den einzelnen noch bestehenden Vorurtheilen näher zu treten und so die Wohlthaten dieser Institute den Betreffenden zugänglicher zu machen.

Der Selbstmord in der norddeutschen Armee

hat, wie das Journal de Méd. mentale (Juli 1869) nach der Vossischen Zeitung berichtet, im Jahre 1868 in der norddeutschen Armee eine erschreckende Höhe erreicht. Die Zahl übersteigt um das Vierfache die der Selbstmorde unter den Civilpersonen des norddeutschen Bundes. Die vergleichende Statistik ergibt folgende Zahlen:

Norddeutschland . . .	1 Selbstmord	auf	2238	Soldaten
Dänemark	—	„	„	3900	„
Sachsen	—	„	„	5000	„
Baden	—	„	„	9000	„
Norwegen	—	„	„	9000	„
Württemberg . . .	—	„	„	9784	„
Frankreich	—	„	„	10000	„
Schweden	—	„	„	15000	„
Baiern	—	„	„	15600	„
Belgien	—	„	„	17800	„

Von 1849—1852 hab. man in der Preussischen Armee nur 1 Selbstmord auf 9000 Soldaten gezählt.

Aus Warschau

geht uns die Nachricht zu, dass die Pläne der projektirten neuen Irren-Anstalt, welche Hofrath Dr. *Rothe* ausarbeitete, in Petersburg genehmigt sind. Die Anstalt wird etwas mehr denn 1/4 Meile von Warschau entfernt liegen, auf einem Areale von 60 poln. = 120 brandenb. Morgen. Relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt, für 400 Kr., 200 M. und 200 Fr. Auf eine spätere Farm ist Rücksicht genommen.

Noch im Laufe des Jahres sollen die Erdarbeiten gemacht und ein Theil des Baumaterials angeschafft werden, damit im Frühjahr k. Jahres der Grundstein gelegt werden kann.

Literatur.

Grundriss der Geisteskrankheit. Unterhaltende und belehrende Mittheilungen über das Schicksal der Irren von Dr. *Heinrich Goullon*, prakt. Ärzte zu Weimar, früherem Assistenzarzt an der Grossh. S. Irrenheil- und Pflege-Anstalt zu Jena. Sondershausen 1867. Druck und Verlag von Fr. Aug. Eupel.

Schon aus dem Titel dieses Buchs ersieht man seine Adresse, sie ist an das grosse Publikum gerichtet. Gleichwohl können wir es auch unsern Fachgenossen empfehlen, denn es ist geistreich und leicht fasslich geschrieben. Einige Kapitel, wie die Schriftsprache, die Physiognomie der Irren, der Parallelismus zwischen geisteskrankem und geistesgesundem Leben haben uns besonders angesprochen. Leider finden wir darin ein Schwanken zwischen Materialismus und Spiritualismus, was wir um so mehr bedauern, als die exakte Wissenschaft es doch nur mit materiellen Vorgängen zu thun hat. Ferner pag. 30 nennt Vf. *E. Reich* den nüchternsten aller Naturforscher, pag. 55 sagt er, *E. Reich* übertreibe Alles. Wie reimen sich diese Urtheile zusammen? *Bz*

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 7. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Zur Lehre von der Päderastie. Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen. Unheilvolle Thaten Geisteskranker. Das Chloral, ein neues Hypnoticum und Anästheticum. Die psychiatrische Section auf der Naturforscher-Versammlung zu Innsbruck. — Literatur.

Zur Lehre von der Päderastie.

Von Dr. M. Fraenkel, Direktor der Irrenanstalt zu Dessau.

Unter andern Ueberbleibseln ihrer kolossalen Erzeugnisse hat die antike Welt unserer modernen Civilisation in der „Knabenliebe“ eine jener gefährlichen Erbschaften hinterlassen, welche den nachkommenden Geschlechtern todtbringend sind. Was in Hellas mit der Vergötterung des Ganymed zur Quelle künstlerischer Schöpfungen, was einem Socrates in liebenswürdigster Unbefangenheit ein Genuss reinster Art, was auch in schmutzigster Entartung dem ersten Cäsar kein Hinderniss geworden, die Welt zu unterjochen, und was in dieser römischen Welt als eine, wenn auch oft bespöttelte und verrufene, Sitte des guten Tones öffentlich galt, der selbst die Strengern, wie der alte Kaiser Galba, sich nicht entzogen, das ist glücklicherweise heutzutage ein so verstecktes Verbrechen, dass eigentlich nur die Philologen aus den Klassikern und die Laienwelt aus den Polizeiregistern und den Anklageschriften der Staatsanwälte von dieser Art der Verirrung des Geschlechtstriebes genauere Kenntniss nehmen. Obgleich nun *Masius* in Rostock (Ger. Arzneik. 1812. T. 1. pag. 267) über die Häufigkeit des Lasters klagt, und Paris — nach *Tardieu* — viele hunderte weibischer Männer beherbergt, die wie die Lustdirnen an Gang und Kleidung zu erkennen sind und aus dem Preis-

geben ihres Leibes ein fast zunftmässiges Gewerbe machen, – so ist es doch selbst in der „Metropole der Civilisation“ der Wissenschaft noch nicht gelungen, alle zweifelhaften Fragen in dieser Sache zu beantworten. Das Alterthum hat uns letztere mit sehr bestimmter Unterscheidung des homo mollis, des Cinäden von dem Paedico, — der ironisch an das lateinische Paedor, i. e. Schmutz, anlehnenden Bezeichnung des aktiven Päderasten — als eine nichtsnutzige Liebhaberei und Geschmacksverirrung überliefert, die kein strafrechtliches Interesse habe. Ein solches ist aber gegenwärtig vorhanden und bietet manche ärgerliche Seite dar, denn, wenn auch *Masius* (l. c.) behauptet, das Verbrechen bleibe in den meisten Fällen unbeachtet, weil die Verbrecher gewöhnlich vornehme und reiche Sünder seien, die man laufen lasse und die höchstens am Gelde gestraft werden, — so theilen unsere Staatsanwälte diese Ansicht sicherlich nicht, wie die neuesten Vorfälle (*v. Zastrow*, *Preuss*) darthun, — aber sie verlangen mit Recht von der medicinischen Wissenschaft den sichern Nachweis des Thatbestandes und der *Zurechnungsfähigkeit* des Thäters.

Wie schwierig es ist, das Corpus delicti zweifellos herzustellen, hat *Casper* (in Vierteljahrschr. f. ger. Med. I.) nachgewiesen. *Dohrn* (ibid. VII. 2.) „*Zur Lehre von der Päderastie*“ hat die Sache auch nicht weiter gebracht, als dass in besondern Fällen gewisse allgemeine Zeichen, aus dem anatomischen Verhalten der betr. Körpertheile entnommen, für die Wahrscheinlichkeit des begangenen Verbrechens sprechen. Allgemeingültig sind jene Zeichen nicht; z. B. findet sich das Verschwinden der Anusfalten, die trichterförmige Vertiefung der Nates doch nur bei Cinäden und zwar ältern Datums. Produkte der Syphilis im Anus des Gemissbrauchten und zugleich an den Genitalien des Inculpaten u. dgl. m. sind für den begutachtenden Gerichtsarzt nicht weniger glückliche Funde, wie für den Untersuchungsrichter es ein zurückgelassener Stock ist.

Noch schwieriger ist aber die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Die aktive wie die passive Päderastie *) setzen eine eigenthümlich verkehrte Sinnesrichtung voraus, die *Casper* (l. c.) mit dem Ausdruck „Geschlechts-

---

*) Es ist sehr bezeichnend für die moderne Kultur, dass sie für die betr. Subjekte eigene Namen zu schaffen unfähig geworden und die alten fast vergessen hat.

wahnsinn“ belegt. Jede Abweichung aus den von der Natur so scharf vorgezeichneten Bahnen, wie sie in dem Verhältniss der beiden Geschlechter zu einander vorliegen, ist natürlicherweise ein krankhaftes Irren; — eine Verletzung des Naturgesetzes, auf dem die Existenz der Gattung beruht, ist zugleich das strafwürdigste Verbrechen gegen die menschliche Gesellschaft. Und das Verbrecherische der Handlung tritt um so mehr in den Vordergrund, je weniger der Handelnde um die Wahl der Mittel zur Erreichung seines Zweckes oder zur Vermeidung der strafbaren Folgen nach vollbrachter That in Verlegenheit ist, kurz je mehr er mit Ueberlegung und scheinbar ungetrübtem Bewusstsein verfährt. Dennoch will es uns scheinen, dass gerade in der Wahl der raffiinirt grausamen Mittel, mit denen die Pädiconen bekanntlich häufig gegen ihr Opfer verfahren, ebenso wie in der leichtsinnigen Weichlichkeit der Cinäden, die Spur jener psychischen Schwäche zu erblicken ist, der wir bis in ihre physischen Gründe nachzuspüren versucht sind.

Obgleich es fast wie Ironie klingt, bei den Heroën der römischen Geschichte, den Juliern, den Neronen und so vielen Andern, bei denen ein einseitiger Geschlechtscharakter fast als Abnormität galt, einen Depressionszustand annehmen zu wollen, so schildern doch ihre Historiker und Biographen (Livius, Tacitus, Sueton) selbst die Gemüthsstimmung Jener theils als höchst frivol, theils als moros. Die Morosität — gegenüber dem leichtlebigen Volkscharakter — mit ihrem Gefolge von Misstrauen, Verfolgungswahn, Abstumpfung aller Gefühle bis zur entsetzlichsten Grausamkeit — hat ihre klassischen Träger in den Cäsaren, von dem Brudermörder Tiberius an bis zu dem Muttermörder Nero gehabt. Der Wahnsinn der letztern ist mehr oder minder von Geschichtschreibern angezweifelt worden, ihr zur Schau getragener Cynismus und die Morosität, das herrorragendste Symptom der aktiven Päderastie, sind nicht fraglich. Wenn der letzte Nero, nachdem er die Stadt angezündet, wünscht, das ganze Menschengeschlecht möge nur einen Kopf tragen, dass er ihn abschlagen könne, so ist wohl hinter dem morosen Cynismus der Wahnsinn unschwer zu erkennen. Schwieriger ist die Frage zu lösen: Ist der letztere Folge oder Ursache der ausschweifenden Neigung? Wo, wie in der antiken Welt, die Geschlechtsverirrung ein durch Sitte und Erziehung überkommenes Erbübel geworden, frei und frech, ohne Furcht vor Strafe einhergehen konnte, ist es — so möchten wir schliessen — beinah ein physiologisches, wenigstens ein erträgliches pathologi-

sches Element gewesen, wobei ein verständiges Schaffen, neben der sonstigen Energie des Volkscharakters, noch leidlich bestehen konnte; wo das Laster aber vereinzelt auftritt und aus Furcht vor Strafe sich verstecken muss, da ist der *Verdacht* mindestens gerechtfertigt, dass man es mit einem unfreien Selbstbewusstsein zu thun habe. Diese Unfreiheit lässt sich ungefähr so erklären.

Ein lebhafter Geschlechtstrieb — von einer besondern Organisation der Nervencentren ausgehend — führt bei unmässiger Befriedigung Abstumpfung der peripherischen Tastnerven herbei, während das Centralorgan ungeschwächt weiter fungirt, d. h. während das Verlangen fortdauert und zu seiner Befriedigung um so heftigere Reizmittel an der Peripherie erfordert, — analog der Fortdauer von Empfindungen an amputirten Extremitäten. Je einseitiger das betr. Organ fungirt, um so mehr werden die übrigen Centraltheile in ihrer Ernährung gestört. Namentlich gilt Letzteres von den Sinnesorganen, die bei solcher Gelegenheit nicht selten zu halluciniren anfangen. Ich entsinne mich des Beispiels eines griechischen Fürsten, der in Folge von Päderastie, — die unter den Verehrern des griechischen Kreuzes nicht weniger gangbar ist, als unter den Bekennern des Islam, — von entsetzlichen *Geruchs*täuschungen verfolgt wurde und überall *Koth* witterte.

Von den Sinnestäuschungen zum Wahnsinn ist es denn nur Ein Schritt, und Misstrauen, Furcht, Verfolgungswahn die natürliche Folge. Fehlen Sinnestäuschungen, so erscheint uns die Erklärung schwieriger, da wir die Bahnen, welche von den Nerven der Geschlechtsorgane zu denjenigen Centren, unter deren Einfluss die Affekte stehen, noch weniger zu kennen meinen, als jene Bahnen, welche von den Tastnerven auf die Sinnesorgane reflektiren. Hier, wie es scheint, springt die Erregung sofort auf das Gebiet, welches als Gemeingefühl bezeichnet wird und im Sympathicus einen Sammelpunkt hat, über und pflanzt sich auf die von *Jessen* als Werkstätte des Gemüthes denuncirten Hirntheile fort, aber in einer Weise verarbeitet, dass die daran sich knüpfenden Vorstellungen alle andern zum Centrum gelangenden Regungen abschwächen. Es ist Erfahrungssache, dass Abstumpfung des Gemüthes Folge des Missbrauches der Geschlechtsorgane ist. Alle andern, wenigstens die bessern menschlichen Gefühle, gehen in dem Einen unter. Die Geschichte der Leidenschaften zeigt uns, dass Menschen, die sich „nur des einen

Triebs bewusst“ sind, früher oder später in Wahn- oder Blödsinn enden, und dass, — wo eine sorgfältige Zergliederung aller ihrer Eigenschaften möglich war, auch die Spuren ihres Wahnes schon in den Tagen des Wohlseins zu erkennen waren. Für die Diagnostik ist es wichtig, sich zu erinnern, dass derartige Abstumpfung des Gemüthes, resp. Koncentration der Vorstellungen auf einen Punkt, erfahrungsgemäss von Stumpfheit der Empfindungsnerven begleitet ist. Die Martyrologie aller Zeiten, Länder und Culte, ob auf religiösem oder politischem Fanatismus beruhend, sowohl unter den höchst civilisirten Nationen, als auch unter den Cannibalen Amerika's gab davon tausendfache Kunde. Um den Nachweis der Anästhesie auch objektiv zu liefern, bedarf es des Asthesiemeters.

Ein weiteres, sehr bedeutsames Diagnostikum ist die fehlerhafte Organisation, die sich entweder in der Verbildung der Genitalien und zugleich im ganzen übrigen Körperbau, oder in der Dysharmonie einzelner Theile des letzteren kund gibt.

In der Regel haben Pseudo-Hermaphroditen männlichen Geschlechtes mit gespaltenem Scroto Neigung zum Coitus mit Männern, — solche weiblichen Geschlechtes mit abnormer Clitoris Neigung für Frauen; — männliche Individuen hingegen, deren Genitalien normal erscheinen, die aber selbst durch ein breiteres Becken, entwickelten Bauch, feinern Kehlkopf und Stimme *), Bartlosigkeit dem weiblichen Typus sich nähern,

---

*) Ein derartiges Individuum trug viele Jahre lang Frauenkleider und fungirte als Putzmacherin bis dahin, wo gelegentlich einer polizeiärztlichen Untersuchung zur Feststellung der Thatsache, dass 2 Knaben von ihm syphilitisch inficirt worden, ein faustgrosses Sarkom des einen Testikels, aber kein gespaltenes Scrotum, wie man erwartet hatte, statt dessen ein weiter mit Ulcera syphilitica besetzter Anus gefunden wurde. Policinell-Stimme und Gesichtszüge und sein Gebahren hatten ihn für einen sog. Zwitter gelten lassen.

Ein anderes Individuum, von höherem Bildungsgrade, trug zwar stets männliche Kleidung, aber in auffallend koketter Weise nach Schnitt und Wahl der Farben; geziert in Haltung, Gang und Rede, mit einer dünnen, weichen Stimme hatte er es nicht auf das weibliche Geschlecht, sondern auf halbwüchsige Schüler abgesehen, bei denen der Geschlechtstrieb sich eben entwickelte. In beiden Fällen war ein gewisses närrisches Wesen bei den nächsten und entfernteren Verwandten wahrzunehmen, und so die Spuren der hérédité progressive zu erkennen.

sind durch weibische Manieren in Haltung und Bewegung, kleinliche Eitelkeit, kokette Kleidertracht, süsslich kindisches Wesen, Neigung und Fähigkeit zu weiblichen Handarbeiten gekennzeichnet und stellen vielleicht das grössere Kontingent zu der Schaar von Cynäden, als jene mauvais sujets, die sich um blosser Gewinnsucht willen preisgeben Die sog. *Matu*'s der Tahitier (cf. *Tyrrel* in *Forster*'s Sammlung) beweisen nicht nur, dass der Cynädismus nicht etwa ein Produkt der hohen Civilisation ist, sondern dass da eine fehlerhafte Organisation zu Grunde liegen muss, wo die Frauen, wie bei jenen Wilden, so wenig scrupulös sind und die reichlichste Gelegenheit zur Befriedigung des Geschlechtstriebes auf natürlichem Wege bieten.

Dass auch für den Pädico ein dem erwähnten ähnliches ätiologisches Moment vorhanden sei, ist sehr wahrscheinlich, wenn auch nicht so augenfällig. Es gibt Beispiele, dass das Laster erblich ist. U. A. führt *Lombroso* an, dass die beiden Söhne eines wegen Päderastie Bestraften ebenfalls Päderasten waren. Dieser Fall selbst führt zu der Erwägung der Frage, ob die Disposition zu dem gen. Laster durch Krankheit erworben werden könne, da ein Vater von 2 Söhnen jedenfalls demselben nicht immer gefröhnt haben und die Zeugungskraft bei ihm nicht erloschen gewesen sein kann. Einige mir persönlich bekannte Päderasten waren kinderlos; auch die Heroën des Faches, die klassischen Beispiele der römischen Cäsaren hatten fast oder gar keine Kinder, als solche, die sie adoptirten.

Die nachstehende Krankengeschichte scheint mir zu beweisen, dass die Disposition durch Krankheit erworben werden kann.

H.. wurde 54 J. alt der Irrenanstalt zu B. übergeben, nachdem er einen Geistlichen, den er zu besuchen und von dem er mit Lektüre sich versehen zu lassen pflegte, während der letztere auf den Bücherrück nach einem Buche hinaufreichte, *mörderisch* angegriffen, und durch konfuse Reden als geistesgestört sich gezeigt haben sollte. Bis in sein 15. Lebensjahr, wo er von einer *Gehirn*krankheit befallen wurde, wird H. als still, gelehrig und sanftmüthig geschildert; nach dieser Zeit habe er sich reizbarer, öfter zornmüthig und verschlossen gezeigt. Als Dienstknecht wurde H. — nach seiner eigenen Darstellung — durch einen fremden *schwarzen* Mann aus dem Stalle, wo er mit seinen Mitknechten sich befand, eines Tages abgerufen und unter eine Weide bei der Stadt geführt mit dem Bedeuten, er möge sich nicht fürchten, *er solle glück-*

lich werden. Darüber, was daselbst geschehen sei, machte H. nie andere Eröffnungen, als dass man ihn ein Lied gelehrt habe, von welchem er mehrere Male viele zusammenhangslose und unverständliche Verse in Jahrmarkts-Knittelreimen mit einer Art von gespenstischer Stimme vortrug. Die Wahnvorstellung, dass schwarze Männer, die ihm *im Geiste* öfter erschienen, ihn abholen und *umbringen* wollten, verliess ihn seit 20 Jahren nicht wieder. Er verheirathete sich mit einer Wittwe, welche ihm Stiefkinder mitbrachte, von denen er später misshandelt wurde und die ihn hungern liessen, wodurch der melancholische Zustand sich verschlimmerte. Er selbst hatte nie Kinder gezeugt, obschon seine Genitalien normal erschienen. Fussgeschwüre neben einem schiefverheiltem Unterschenkelbruch, Kolikanfälle, innere Angst und Zornausbrüche wurden noch in der Anstalt an ihm gefunden. Nach dem Angriff auf den Pastor quälte ihn ungewöhnliche Furcht, dass er vor Gericht gestellt werden würde, und er versuchte sich zu erdrosseln.

Ueber das Motiv zu jenem Angriffe befragt, antwortete er stets nur „*er könne nicht dafür*", zeigte sich auch bei andern Gelegenheiten nicht bloss geheimnissthuerisch, sondern hartnäckig im Leugnen und gegen Vorwürfe aller Art stumpf. Ehrgeizig, gerieth er in Wuth, wenn man ihm eine Arbeit tadelte, warf sogar mit der Axt nach einer Magd und drückte, als er isolirt wurde, eine Fensterscheibe ein, um sich in den Hof hinabzustürzen. Auch war er so *eitel* auf seine Person, dass er, als er eines Tages seinen eigenen Rock zu entwenden und Andern zuzustecken wusste, seine Photographie zuvor herausnahm und sie öfter im Stillen betrachtete. Dabei galt er für sehr gottesfürchtig, da er fleissig die Kirche und den Gottesacker besuchte, und unterstützte die Wärter in der Krankenpflege unverdrossen. Für die Predigt hatte er volles Verständniss. Die ihm, als früheren Hirten, aufgetragenen Geschäfte im Kuhstall besorgte er mit grosser Umsicht. Dagegen war es auffallend, dass er die Kühe bisweilen mit seltsamer Rohheit behandelte. Dieser Umstand und seine Vertraulichkeit mit einem Blödsinnigen, der ihm als Gehilfe zugegeben war, machen es wahrscheinlich, dass er seine päderastische Leidenschaft auch an diesen Unvernünftigen befriedigt hatte, als er ertappt wurde, während er auf einen bettlägerigen Paralytiker, den er mit grösster Zärtlichkeit pflegte, einen wüthenden Anfall machte, um ihn zu missbrauchen, und ihm dabei das Scrotum zerfleischte. Ein in Folge dessen von H. mit wenig Energie angestellter Selbstmordversuch

missglückte ihm, dagegen gelang es ihm nach einiger Zeit, bei Gelegenheit eines Umzuges in der Anstalt, zu entwischen, und wurde er nach 3 Wochen in einer Wasserlache wiedergefunden, in welcher er seit circa 8 Tagen gelegen und doch wahrscheinlich sich ertränkt haben mochte.

Aus dem Sectionsprotokoll war bezüglich unseres Gegenstandes nichts zu verwerthen. Das Schädeldach war sehr dünn, mit der Dura fest und diese letztere mit der Pia in weitem Umfang verwachsen, – mithin genügende anatomische Gründe vorhanden, um daraus die Diagnose einer Gehirnstörung zu konstruiren. Unterstützt wurde solche durch das Faktum, dass ein Vatersbruder des Pat. blödsinnig in einer Siechenanstalt geendet hatte.

Die mitgetheilte Krankengeschichte lehrt schliesslich, mit welcher Vorsicht, wenn es sich um Beurtheilung von Verbrechen handelt, die ihrer Vernunft „theilweise" und zu Zeiten Beraubten zu behandeln sind. Nur ein — man ist zu sagen versucht — glücklicher Zufall, der unerklärliche Angriff auf den Pastor, hatte den kranken Pädico den Händen des Kriminalrichters entrissen und die Erkenntniss der Geistesstörung gefördert. Wie Viele gibt es nicht, die, wie H., das volle Verständniss für Recht und Unrecht besitzen, die mit scheinbar vollkommenstem Selbstbewusstsein handeln, um verbrecherische Zwecke zu erreichen und zu vertuschen, zu denen sie durch einen für gesunde Naturen unbegreiflichen Trieb gedrängt waren, und deren Handlungsweise im wahren Sinne des Gesetzes nicht strafbar, sondern wie jede andere Naturnothwendigkeit zu respektiren, resp. zu überwachen und unschädlich zu machen ist! —

Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen.

II.

In dem vorigen Artikel wurden in ganz allgemeinen Umrissen die Anstalten und das Leben derselben geschildert und kurz auf dieselben als die vorzüglichsten, wenn nicht einzigen Mittel hingewiesen, Rettung und Hilfe in dem schweren Kranksein des Gemüths und Geistes zu finden.

Sind die Anstalten nun durch die Liberalität der Vertreter der Provinz wohl in der Lage, jetzt die an sie gestellten Ansprüche zu erfüllen,

so hoffen sie auch, dass man ihnen mit Vertrauen entgegenkomme, dass das grosse Heilmittel, welches sie darbieten, vollständig und rechtzeitig benützt und im Interesse der Provinz und seiner Bewohner verwerthet werde.

Es kommt hiebei Alles auf die *rechtzeitige* Benützung an, und zwar kann als Grundsatz aufgestellt werden, dass je früher das Heilmittel der Anstalt ergriffen wird, desto sicherer und rascher ein guter Erfolg, die Heilung, zu hoffen ist. – Während Seelenstörungen nur selten ausserhalb der Anstalt in den häuslichen Verhältnissen zur Heilung gelangen, sich vielmehr der Regel nach stetig verschlimmern, heilen sie, der Anstalt rechtzeitig übergeben, verhältnissmässig leicht und rasch.

Was ist nun eine rechtzeitige Benützung der Anstalt?

Der Leser möge sich diese Frage selbst beantworten aus der Angabe, dass von 100 Kranken, welche in den ersten 6—8 Wochen nach Ausbruch ihrer Krankheit die Anstalt benutzen, 70--80 wieder genesen, von solchen, welche sie 3–6 Monate nachher benützen, 50—60, von solchen aber, die sie erst nach einem Jahr benützen, nie mehr 10 von 100 zur Genesung gelangen.

Die statistisehe Thatsache weisst also sehr gebieterisch darauf hin, wie äusserst wichtig es ist, Seelengestörte *so bald als möglich* der Anstalt zuzuführen, damit die Zeit der Heilbarkeit nicht versäumt werde.

Aus diesem triftigen Grunde hat denn auch, damit nicht etwa der Geldpunkt ein Hinderniss für die sofortige Uebersiedelung der Kranken nach der Anstalt abgebe, der Provinzial-Landtag bewilligt, solche, die vor Ablauf der 6 ersten Monate der Krankheit die Anstalt benutzen, und bei welchen überhaupt Nichts versäumt wurde behufs möglichst rascher Ueberbringung, gänzlich für ein volles Jahr von dem Pflegegeld zu befreien, sofern sie in der 3. Klasse verpflegt werden.

Die Frist von 6 Monaten ist mit Rücksicht auf das Publikum als eine möglichst ausgedehnte gestellt, und weil immerhin Krankheitsfälle von solcher Dauer *im Allgemeinen* noch als heilbare betrachtet werden können. Es liegt aber nach obigen statistischen Angaben auf der Hand, dass es gerathen ist, diesen äussersten Zeitpunkt nicht abzuwarten und den Kranken, falls er 4 bis 6 Wochen nach dem Auftreten der Krankheit zu Hause nicht besser wird, ungesäumt in die Anstalt überzusiedeln.

Wir haben mit Obigem gleichzeitig eine Ansicht wiederlegt, die leider noch vielfach verbreitet ist, nämlich die, dass Gemüths- und Gei-

steskranke selten oder gar nicht geheilt werden könnten, dass „immer doch etwas zurückbleibe“. —

Nichts kann unrichtiger sein! Geisteskrankheiten heilen ebenso gut und ebenso vollständig, wie andere Krankheiten. Wie aber bei gewöhnlichen Krankheiten die ersten Bedingungen zur Heilung die sind, den Kranken den schädlich wirkenden Einflüssen zu entziehen, den von Lungen-Entzündung Befallenen der rauhen scharfen Luft, den rheumatisch Leidenden den widrigen Witterungs-Einflüssen etc., so ist es auch bei Geisteskrankheiten vor Allem nöthig, den Kranken aus jenen Einflüssen zu entfernen, die ihn krank gemacht haben. Dies sind aber die häuslichen Verhältnisse, seine bisherige Umgebung, die Personen, die ihm am nächsten stehen, das Amt, das Geschäft, welches ihn mit unangenehmen Verhältnissen und Personen in Berührung bringt, die unregelmässige Lebensweise, die er bisher geführt hat.

So gut wie der Kranke mit entzündeter Lunge zu Bett und in eine geeignete Atmosphäre gebracht werden muss, sollen die ersten Bedingungen zur Heilung erreicht werden, ebenso gut muss der Geisteskranke aus seinen krankmachenden Verhältnissen in heilbringende versetzt werden, und dies ist einzig und allein die ganz zu diesem Zweck eingerichtete Anstalt, nicht etwa Bäder, Reisen, anderweitiger ländlicher Aufenthalt, Verhältnisse, die sehr häufig, da die passende Behandlung fehlt, ungünstig auf den Zustand des Kranken einwirken. Gleichwie nun bei andern Krankheiten, wenn sie einmal vorhanden waren, in manchen Fällen eine Neigung zum Rückfall in dieselbe Krankheit zurückbleibt, und daher grössere Vorsicht vor den krankmachenden Einflüssen nöthig ist, so und nicht anders ist es allerdings auch mit den Geisteskrankheiten. Allein die Zahl der Rückfälle ist nicht so gross, wie man gewöhnlich annimmt, und namentlich sicherlich nicht grösser, als bei gewöhnlichen Krankheiten.

Es ist ein Umstand, welcher wohl zu dem Vorurtheil des Publikums, als heilten Geisteskrankheiten nie vollständig, die Veranlassung geben mag, nämlich die Rückkehr nicht vollständig geheilter, nur „gebesserter“ Kranken aus der Anstalt. Solche Kranken bieten allerdings einen geistigen Defekt, sie haben Eigenthümlichkeiten, Sonderbarkeiten, die als Reste der Krankheit anzusehen sind; sie sind aber wieder im Stande, ihren Beruf zu erfüllen, ihren Unterhalt zu verdienen und brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zu sein. Die Anstalt entlässt

sie indess nicht als vollständig geheilt, sie will aber auch nicht, dass man von ihnen einen falschen Schluss ziehe in Bezug auf die Heilungen überhaupt, namentlich auf die grössere Mehrzahl derjenigen, die in den vollen Besitz ihrer früheren Geisteskräfte zurückgekehrt sind, die sich sehr häufig nur dadurch von ihrem früheren Seelenzustande unterscheiden, dass sie, wie oft nach einem Nervenfieber, geistig und körperlich kräftiger, dass sie gehaltener in ihrem ganzen Wesen und nicht selten auch moralisch gebessert und gefestigt aus der Krankheit hervorgehen.

Geisteskrankheiten heilen also bei rascher Versetzung in die geeigneten Verhältnisse (der Anstalt) ebenso gut, ebenso vollständig, wie jede andere Krankheit; Rückfälle sind bei einiger Vorsicht nicht häufiger, als bei andern Krankheiten.

Unheilvolle Thaten Geisteskranker.

Die Opinion nationale (20. Juni 1869) berichtet folgenden Fall. Joseph Oblet, dem Trunke ergeben, 53 J. alt, misshandelte oft im Rausche seine Frau und seinen Sohn. Eines Abends legte er sich stark angetrunken zu Bette; gegen 4 Uhr des andern Morgens wollte der Sohn sich ankleiden, findet aber seine Kleidungsstücke zerstreut und mit Füssen zertreten. Bitter klagt er über den Trunkenbold. Dieser hört das, läuft mit einem Gartenmesser herbei und will damit auf den Sohn los, den er bei der Gurgel fasst. Im Kampfe entfällt ihm das Messer, und er ergreift eine Schaufel; der Angegriffene entreisst ihm diese und bringt ihm, von Zorn überwältigt, drei tödtliche Kopfwunden bei.

Ganz kürzlich las man in den Zeitungen von der Selbstkreuzigung eines Irren, der, ohne Zweifel um sich ein Verdienst zu erwerben oder um Etwas zu sühnen, den Tod Christi nachahmen wollte; auf einem Kreuze ausgespannt hatte er sich durch beide Füsse und eine Hand kräftige Nägel getrieben; zur rechten Zeit entzog man ihn den Folgen dieses sonderbaren Entschlusses. Fälle dieser Art sind nicht selten in den Annalen der Psychiatrie.

In den Annalen méd. psycholog. (1854, p. 316) findet sich ein sonderbarer und zugleich schrecklicher Fall. Connat aus Pourrain, 40 J. alt, verkroch sich in einer Mergelgrube. Hier, allen Blicken entzogen,

verfertigte er einen Korb aus Weiden, bedeckte ihn mit Stroh, kroch hinein und zündete ihn an. Der Unglückliche verbrannte vollständig.

In demselben Journal (1855, p. 359 und 714) liest man folgende zwei Fälle.

Ein Irrer war aus dem Hospice zu Pontorson entwichen. Ein ausgesendeter Wärter traf ihn in Autrain; der Flüchtling widersetzte sich ihm nicht; aber kaum war er 1/3 Meile mit ihm gegangen, da stürzt er er sich auf ihn, wirft ihn zu Boden und durchbohrt ihn mit seinem Messer.

In der Anstalt zu Blois brach eines Morgens Feuer aus in einer Kammer der Männer-Abtheilung. Die Irren selbst bildeten eine Kette, und der Brand wurde bald gelöscht. Man schätzte den Schaden auf 18000 Frcs. Man beschuldigte eines jener mehr verderbten, als notorisch geisteskranken Individuen, die ziemlich häufig in Asylen und eine ihrer Plagen sind *).

Journ. de méd. mentale 1869, Nro 6.

Das Chloral, ein neues Hypnoticum und Anästheticum.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung v. 2. Juni 1869, berichtet Dr. *O. Liebreich* über die Wirkungen des schon vor 30 Jahren von *Liebig* entdeckten Chlorals auf den thierischen Organismus. Das Chloral ist ein Aldehyd, dessen Wasserstoffatome durch Chlor ersetzt sind. Es ist im Wasser leicht löslich (Chloralhydrat), für die Resorption im Organismus also geeignet. Mit Alkalien zusammengebracht, zerspaltet sich das Chloral, und es bildet sich *Chloroform* von grösster Reinheit. Die Versuche mit Einspritzungen von Chloral haben ergeben, dass das Chloroform im Organismus zur Wirkung kommt; eine kleine Dosis,

---

*) Damit soll offenbar nicht gesagt sein, dass diese Individuen nicht geisteskrank sind und eher in Straf-Anstalten oder Besserungshäuser gehören. Die Mehrzahl derselben leidet an chronischem Verfolgungswahn, häufig mit Hallucinationen. Diese Form masquirt sich sehr oft unter dem Bilde sittlicher Verderbtheit, an welche Laien um so eher glauben, als die Kranken noch vernünftig und ohne Verwirrung reden können (Folie raisonnante). Leider werden diese Irren von den Gerichten sehr häufig nicht als solche erkannt, sondern verurtheilt. (Red.)

0,1 genügte bei einem ganz jungen Kaninchen, die Erscheinungen der Chloroformnarkose hervorzurufen, das Thier schlief allmälig ein, es fehlte nur das Stad. excitationis der Chloroformwirkung. Bei einem mittelgrossen Kaninchen erhielt *Liebreich* eine 9stündige Hypnose nach einer Einspritzung von 0,5 Grm. Chloralhydrat, welches ungefähr 0,35 wasserfreiem Chloral und 0,29 Chloroform entspricht.

Die Versuche an Fröschen legen die Wirkung des Chlorals noch klarer dar; zuerst folgt ein Stadium, in welchem keine Reflexe bei Reizung ausgelöst werden; das Thier kehrt dann in seinen normalen Zustand zurück. Bei tödtlichen Dosen zeigt sich stets, dass der Ventrikel und die Vorhöfe des Herzens stark mit Blut gefüllt sind (Herzlähmung). Durch das Resultat zahlreicher Versuche glaubt *Liebreich* sich zu der Annahme berechtigt, dass das Chloral zuerst die Ganglienzellen des Gehirns, dann die des Rückenmarkes und beim tödtlichen Ausgang die des Herzens, wie beim Chloroform, lähmend trifft.

Das Fehlen der Excitation erklärt *L.* dadurch, dass die Chloroformbildung im Organismus nur ganz allmälig vor sich geht.

In der Charité zu Berlin wurden die ersten Versuche mit dem Mittel an Geisteskranken gemacht, mit subkutaner Anwendung von anfänglich sehr kleinen Dosen. Eine Dose von 1,35 Chloralhydrat erzeugte bereits einen 5stündigen Schlaf. Bei der innerlichen Verabreichung genügten 3,5 Chloralhydrat in einem Weinglas Wasser, um bei einem an Stupor und Melancholie leidenden Kranken einen 16stündigen Schlaf hervorzubringen. In allen Fällen war der Schlaf ein normaler und trat zuweilen schon 5 Minuten nach der Verabreichung ein.

Die Fälle über die Anwendung des Chlorals sind zahlreich vermehrt worden und werden demnächst in einer ausführlichen Zusammenstellung veröffentlicht werden.

Berliner klin. Wochenschr. 1869. Nr. 31.

Geh.-Rath *v. Langenbeck* benutzte das Chloral in einem Falle von Delir. potator. bei einer 40jährigen Frau, die mit Comminutiv-Bruch des Oberarms in der Klinik lag. Bei der Anlegung des Verbandes zeigte sich Pat. schon aufgeregt; sie hatte das eigenthümliche, hastige Wesen, welches man bei Säufern vor dem Auftreten des Deliriums beobachtet; sie zitterte mit den Händen, sprach fortwährend mehr heiter als traurig über ihren Fall — Erscheinungen, welche die Entwicklung des Deliriums vermuthen lassen. Es wurden prophylaktisch Dosen von Branntwein

und Opium gegeben; in der Nacht vom 27/28 Juni brach das Delirium mit grosser Heftigkeit aus. Pat. tobte im Bette umher, so dass ihr die Zwangsjacke angelegt werden musste, und obwohl die Schulter gut fixirt war, wurde dennoch durch die heftige Anstrengung das obere Fragment durch den Deltoides fortwährend in die Höhe gerissen und gegen die Weichtheile angestossen. Opii gr. 7 und ausserdem Morphii gr. $^3/_4$ blieben ohne jegliche Wirkung. Mittags um 1 Uhr noch dasselbe Toben; blauschwarze Infiltration des ganzen Armes, wahrscheinlich in Folge von Zerreissung einer grösseren Vene, grosse Gefahr, drohende Gangrän etc. Mittags $1^1/_2$ Uhr 4 Grm. Chloral innerlich und hinterher in kurzen Abständen 2 Grm. in drei hypodermatischen Injectionen. 10 Minuten nach der innerlichen Verabreichung wurde Pat. ruhiger, bei Fortdauer des Delirium; nach $^1/_4$ Stunde schlief sie ein, schlief ganz ruhig bis zum andern Morgen und erwachte frei von jedem Delirium. Pat. blieb vollkommen ruhig bis zum 29. Abends, wo wiederum die Ideen sich verwirrten und etwas Aufregung eintrat. 2 Grm. Chloralhydrat innerlich. Pat. schlief die Nacht hindurch, und seitdem ist keine Spur von Delirium mehr aufgetreten.

Der Fall hat auf *v. Langenbeck* den Eindruck gemacht, als wennder Frau durch das Chloral das Leben erhalten worden ist.

Was besonders angenehm in der Wirkung des Chlorals hervortritt, ist der vollkommen normale Schlaf, während man bei Deliranten nach grossen Dosen Opium, ja auch nach grossen Dosen von Alkohol, den Schlaf wohl eintreten sieht, aber mit erheblichen Kongestions- und Krampf-Erscheinungen. Beim Chloral sah man keine Spur davon.

ibidem, Nro 35.

Ohne Zweifel wird das Chloralhydrat weiter bei psychischen Gehirnleiden versucht werden, da die obigen Mittheilungen zu Versuchen auffordern und berechtigen. Es fehlt in der psychiatrischen Praxis noch an einem sicheren *und* unschädlichen Hypnoticum. Manches gerühmte Mittel lässt so oft im Stich oder ist mit unangenehmen Nebenwirkungen verbunden, welche von seiner fortgesetzten Anwendung abstrahiren lassen. Hoffen wir, dass die *Liebreichische* Entdeckung unsern Wünschen und Bedürfnissen genügen werde.

Die psychiatrische Section
auf der Naturforscher-Versammlung zu Innsbruck.

Die Section konstituirte sich nach der ersten allgemeinen Sitzung am 18. September unter dem einführenden Präsidenten Herrn Dr. *Stolz*, Direktor der Tyroler Landes-Irrenanstalt Hall. Zu Sekretairen wurden gewählt Dr. *Brosius* von Bendorf und Dr. *Roller jun.* von Illenau.

Professor *Lombroso* aus Mailand sprach über Pellagra, in ätiologischer, pathologischer und pathologisch anatomischer Beziehung, mit Vorzeigen von Abbildungen.

Dieser Vortrag wird, wie die der übrigen Sitzungen, ausführlich in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie erscheinen.

In der zweiten Sitzung am 20. Sept. sprach Prof. *Solbrig* von München über die Beziehungen des Morb. Basedow. zu psychischen Erkrankungen, unter Mittheilung einiger Fälle; Geh.-Rath *Nasse* aus Siegburg über Typhus und Irresein. An beide Vorträge knüpften sich weitere Diskussionen.

In der dritten Sitzung (21. Sept.) unter dem Präsidium *Solbrig*'s berichtete Dr. *Meschede* (Schwetz) über das Vorkommen von Helminthen-Eiern im Gehirn des Menschen, wobei Abbildungen vorgezeigt wurden. Dr. *Brosius* sprach über das Sichentkleiden der Geisteskranken. An diesen Vortrag knüpfte sich eine lebhafte Diskussion.

Die Debatte über Typhus und Irresein wurde aus der zweiten Sitzung wieder aufgenommen.

In der vierten und letzten Sitzung (22. Sept.) sprach Dr. *Kahlbaum* (Görlitz) über eine besondere, aus den andern Formen sich abhebende Irreseinsform, die sich schon frühzeitig durch Motilitätsstörungen tonischen Charakters ohne paralytische Erscheinungen auszeichnet und von dem Redner vorläufig „Spannungs-Irresein“ genannt wurde. Diesem Vortrage folgte eine längere Debatte.

Schliesslich berichtete Dr. *Keesbacher* (Laibach) einen interessanten Fall von Irresein, der als solcher von anderen Aerzten und dem Publikum verkannt wurde und zu Anklagen und öffentlichen Angriffen gegen den Anstaltsarzt führte. Die ausführliche Mittheilung desselben wird gleichfalls in der Allg. Zeitschrift erfolgen.

Die Section für Psychiatrie wurde am 22. Sept. geschlossen.

Tags vorher folgten ihre Mitglieder der Einladung des Herrn Dr. *Stolz* zu einem Besuche der, durch einen Neubau erweiterten, Landes-Irrenanstalt Hall. Dem Gange durch deren Räume unter Leitung der drei Aerzte folgte eine sehr freundliche Bewirthung der Gäste in dem neuen Theile der Anstalt, an der auch die Ortsbehörden, die nicht ärztlichen Beamten und viele Kranke der Anstalt Theil nahmen. Die heiteren Stunden eilten nur zu rasch dahin, werden aber desto länger in der dankbaren Erinnerung der Eingeladenen bleiben.

Präsenzliste der psychiatrischen Section: Dr. *Frankl. Flemming sen. Leidesdorf. Roller.* Dr. *Dick.* Dr. *Laehr.* Dr. *W. Geheme.* Dr. *Hagen.* Dr. *Müller. Lombroso.* Dr. *Solbrig.* Dr. *Lorent.* Dr. *Schlager.* Dr. *Nasse. Mendel.* Dr. *Landerer.* Dr. *Brutzer. Schasching.* Dr. *Zinn. Rieneker.* Dr. *Stahl.* Dr. *Brosius.* Dr. *Jolly.* Dr. *Stolz.* Dr. *Wilhelmi.* Dr. *Pircher.* Dr. *Roller jun.* Dr. *Besser.* Dr. *Kahlbaum.* Dr. *Poor.* Dr. *Sander.* Dr. *Wille.* Dr. *Huppert.* Dr. *Keesbacher.* Dr. *Nady.* Dr. *Kelp.* Dr. *Hoffmannn* (Meerenberg). Dr. *Witlacil.* Dr. *Meschede.* Dr. *Mitteier.*

Noch auf keiner der früheren Naturforscher-Versammlungen erreichte die psychiatrische Section eine solche Frequenz. Hoffen wir auf eine noch stärkere im nächsten Jahre in Rostock und auf ein Wiedersehen sowohl der Kollegen, die gegen ihre Gewohnheit dieses Jahr ausblieben, als auch der, die sich selten ausser dem Kreise ihrer Kranken blicken lassen.

Literatur.

Les Fous Criminels de L'Angleterre, étude médico-psychologique et legale par *A. Brierre de Boismont* etc. Paris. J. B. Baillière et Fils. 1869.

Wir werden in einer der nächsten Nro unsers Blattes mit obiger Broschüre eines unserer besten Irrenärzte die Leser bekannt machen.

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 8. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Das melancholische Element im Irresein. Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen. Sir William Penn.

Das melancholische Element im Irresein.

Die Schwermuth, als vielgestaltige, aus sensorischen, motorischen und psychischen Erscheinungen zusammengesetzte Gruppe, bildet oft *für sich allein* eine besondere Irreseinsform, d. h. während des Verlaufes des Gehirnleidens treten nur psychische Aeusserungen *melancholischen* Charakters auf, der Kranke zeigt nur eine schmerzliche, traurige, ängstliche Stimmung mit entsprechenden Ideen und Strebungen; die Schwermuth geht nicht in *andere* Formen über.

In andern Fällen bildet die Schwermuth nur ein *Stadium* des psychischen Gehirnleidens. Es ist bekannt, dass das Irresein gewöhnlich mit melancholischen Symptomen beginnt; dieses Stadium ist bald kürzer bald länger; ihm folgt dann Tobsucht, Wahnsinn oder psychische Schwäche, Verrücktheit oder Blödsinn; man sagt, die Melancholie ist in Manie, Blödsinn etc. übergegangen. Aber damit ist das melancholische Delirium nicht für immer und vollständig aus dem Symptomen-Komplexe und dem Verlaufe des Gehirnleidens verdrängt. Sehr oft schieben sich in die sekundäre oder tertiäre Form (resp. Stadium) wieder Erscheinungen der primären Schwermuth hinein; diese modifizirt jene oder unterbricht sie auf kürzere oder längere Zeit, unterbricht sie nicht allein temporär, sondern beschliesst sie auch definitiv, so dass in diesen Fällen die Melancholie nicht nur das erste, sondern auch das letzte Stadium der Psychoneurose ist.

Ferner, die primären Schwächezustände, die von Jugend an bestehende Imbezillität, welche Folge von irgend welchen Gehirnläsionen und Defekten, nicht nachweislich mit Melancholie *begann*, oder der Schwachsinn, welcher sich mit konvulsivischen Neurosen, Epilepsie, Chorea, Hysterie entwickelt, kombiniren sich gleichfalls nicht selten mit melancholischen Zuständen von kürzerer oder längerer Dauer und sehr verschiedener Intensität, so dass der habituelle Schwachsinn zeitweise durch die interkurrente Schwermuth selbst *verdeckt* werden kann.

Endlich bildet die melancholische Depression mit der manischen Exaltation eine besondere Combination *der Art*, dass beide Formen zwei Stadien *eines* Krankheitsprozesses darstellen, der aber, nach einem Intervallum wirklicher oder scheinbarer geistiger Gesundheit, immer wieder von Neuem beginnt, und so ein unaufhörliches Alterniren von Depression und Exaltation darstellt und in einem gleichmässigen Cirkel von Erscheinungen verläuft. Diese Kombination ist die sogen. Folie circulaire (*P. Falret*) oder folie à double forme (*Baillarger*), die zwar schon länger beobachtet, aber von jenen Autoren zuerst näher beschrieben und als besondere Form hervorgehoben wurde.

Hat man also bei einem Individuum, dessen Antecedentien unbekannt sind, einen Fall von Schwermuth vor sich, so lässt sich seine Bedeutung, sein nosologischer Charakter nicht sogleich bestimmen. Es kann eine einfache, primäre, für sich verlaufende Melancholie, es kann der Vorläufer der Tobsucht, des paralytischen Irreseins, das Symptom eines sonstigen, in Blödsinn endigenden Gehirnleidens, es kann eine Melancholie auf imbeziller Basis, eine Theilerscheinung der Hysterie, Epilepsie etc. oder das Element des cirkulären Irreseins sein.

Das schwermüthige Stadium vor der Tobsucht ist oft nur sehr kurz; wenige Tage nach stiller Trauer, nach finsterm Brüten, schweigsamem Versunkensein, oder nach verschiedenen Klagen, Befürchtungen oder ängstlichem Umherrennen etc. schlägt der schmerzliche Affekt in die sich nun weiter entwickelnde Tobsucht um. In anderen Fällen verfliessen selbst viele Monate vor dem Ausbruch der Tobsucht. Aber der Beginn der Tobsucht mit melancholischen Symptomen ist so gewöhnlich, dass, wo sie plötzlich ohne diese oder sonstige Prodromi entstanden zu sein scheint, man berechtigt ist, eine *genaue* Beobachtung des Individuums zu bezweifeln.

Obgleich nun nach dem Ausbruche der Tobsucht das Krankheits-

bild als ein ganz anderes erscheint, für den aufmerksamen Beobachter ist die frühere traurige, schmerzliche, ängstliche Stimmung nicht ganz erloschen; selbst auf der Höhe des manischen Paroxysmus blickt durch die heitere Verwirrung, die lärmende Ausgelassenheit, das übermüthige, rücksichtslose Treiben des Kranken häufig noch eine grosse Angst, ein tiefer Kummer, ein bitterer Gram, kurz ein schmerzlicher Affekt, welcher die Entwicklung der Manie aus dem Grundzustande der Melancholie noch deutlich bezeichnet. Beobachtet man frische, heftige Fälle von Manie genau, so erscheint uns die Agitation und das extravagante Treiben des Kranken oft als der Auswuchs bitterer, trüber Erinnerungen, eines ungemässigten Grames und Kummers über erlittene Täuschungen, Kränkungen und Verluste, einer furchtbaren Angst und schrecklicher Imaginationen, und die Heiterkeit und Ausgelassenheit des Maniacus erinnert oft genug an das „post equitem atra cura sedet", ein Analogon der Beklommenheit und drückenden Stimmung Geistesgesunder, die sich unter forcirten Bewegungen, kühnen Unternehmungen und ausgelassenen, äusserlich heiteren Handlungen verbirgt.

Zu manchen Zeiten wird die manische Stimmung und Verwirrung vollständig wieder durch die Schwermuth verdrängt; der bisher laute, lachende, spottende, ironische, in glücklichen, übermüthigen Ideen delirirende, herausfordernde, rücksichtslose, drohende, aggressive Kranke wird schweigsam, verzagt, ängstlich, kleinmüthig, weint bitterlich, klagt, verkriecht sich in sein Bett, in die Ecke des Zimmers etc.

Je häufiger solche Stimmungswechsel im Verlaufe der Tobsucht eintreten, und je länger die Zeiten der Ruhe werden, desto mehr steigt die Hoffnung auf die glückliche Beendigung der Krankheit und den Eintritt definitiver Genesung, die auch häufig durch ein melancholisches Endstadium vermittelt wird. Diese *finale* Schwermuth ist aber weniger ein Delirium, ein ängstlicher Traumzustand, ein Brüten über finsteren Ideen und unglücklichen Imaginationen, wie wir es in der für sich verlaufenden oder in der initialen, andere Formen einleitenden Melancholie finden, — sondern mehr eine allgemeine Abspannung, eine körperliche Ermüdung, nach dem Verluste nervöser Substanz und Kraft, mit mehr weniger klarer Einsicht in die überstandene Vergangenheit und *daraus resultirender* Trauer, auch Furcht vor neuer Erkrankung oder Ungewissheit der Lage, oder Scham und Kummer etc.

Solcher Elemente wegen, die und wenn sie für die Besonnenheit

des Kranken Zeugniss abgeben, ist grade die gedrückte Stimmung im Verlaufe oder am Ende der Tobsucht von so guter prognostischer Bedeutung. In Fällen dagegen, wo der Gang der Manie mehr kontinuirlich ist, wo diese nicht durch melancholische Zwischenstadien oder Färbungen unterbrochen oder modifizirt war, oder wo, anstatt der traurigen und nachdenklichen Abspannung nach der Tobsucht, der Kranke eine *grosse* Heiterkeit an den Tag legt, sich *sehr wohl* fühlt, offen und überall, bei Fremden und Unberufenen sogar, von der glücklich überstandenen Krankheit spricht und seine nunmehrige Genesung hervorhebt — da ist nicht mit derselben Wahrscheinlichkeit, welche die finale Schwermuth bietet, auf eine dauernde Genesung zu rechnen, so ruhig und vernünftig der Kranke auch sonst erscheint. Das melancholische Element ist in der Manie also prognostisch günstig.

Die Schwermuth geht manchmal nicht direkt in Manie oder eine andere Form über, sondern erst nach einem lucid. intervall, nach einem Stadium anscheinender Gesundheit. Man hält das Individuum für genesen, die Angehörigen freuen sich über die glückliche Heilung, die Vorbereitungen für die Rückkehr in die früheren Verhältnisse werden getroffen, der Patient ist besonnen, thätig, dankbar, — da plötzlich, für den Beobachter unerwartet, zeigen sich auffallende Erscheinungen, Kongestionen, Pulsbeschleunigung, ein oder mehre epileptische Anfälle, konfuse Reden, sonderbare Handlungen, — und nun beginnt die Exaltation, Redseligkeit, Geschäftigkeit, rastloses Treiben, Renommiren, Projektenmacherei, sexuelle Gelüste, Unzufriedenheit mit den bisher nicht getadelten Verhältnissen etc. Letztere Fälle arten selten in heftige Tobsucht mit grosser Verwirrung und Zerstörungssucht aus, sind aber dafür prognostisch ungünstiger, indem sie meistens, oft nach mehrfachen Remissionen und Schwankungen in bleibende, psychische Schwäche übergehen.

Eine ebenso merkwürdige, als fatale, selten heilbare Kombination der Melancholie mit Manie ist das oben schon angedeutete *cirkuläre Irresein.* Der Krankheitsprocess beginnt mit Symptomen der Depression oder der Exaltation; nach kürzerer oder längerer Dauer geht jene in diese, oder diese in jene über. In der Uebergangszeit setzt sich das Krankheitsbild oft aus beiden Symptomen-Reihen zusammen; es ist ein Gemisch von Depression und Exaltation. Das dritte Stadium ist ein wirkliches oder scheinbares lucid. intervallum, für den aufmerksamen Beobachter meistens nur ein scheinbares, da der Kranke selten wieder

nach *allen* Richtungen hin der frühere gesunde Mensch wird. Die mögliche Täuschung hört bald vollends auf, da nach dem dritten Stadium der Prozess wieder von Neuem beginnt, wie er das *erste* Mal begann, mit der melancholischen Depression oder der manischen Exaltation. Ist der Cirkel zum zweiten Male beendet, so ist an der Existenz der cirkulären Form und damit an der Fatalität des Gehirnleidens nicht mehr zu zweifeln, denn der Prozess wird, abgesehen von ganz seltenen Heilungsfällen, sich immer wieder in der *ersten* Weise erneuern, nur etwa mit Modifikationen in der Dauer und Intensität der Krankheitsstadien, oder mit Abschwächung dieses oder jenes Einzel-Symptomes.

In vielen Fällen beobachtet man die Melancholie in den ersten Monaten des Jahres, im Frühjahre, und im Herbste folgt die Exaltation; im folgenden Frühjahre wird der Kranke dann wieder schwermüthig, u. s. w. In andern Fällen umfasst der ganze Prozess nur 3, 4 Wochen und wiederholt sich so öfters im Jahre. Man erzählt auch von Fällen, wo ein Kranker den einen Tag melancholisch deprimirt, den andern Tag exaltirt war. Eine nähere Beschreibung solcher sonderbarer Fälle habe ich nirgends gefunden.

Nach längerem Bestehen verläuft das cirkuläre Irresein schliesslich mehr in der Färbung der psychischen Schwäche, die stationär bleibt, und in welcher das melancholische und manische Element allmälig undeutlicher sich abhebt, die Stadien wenig mehr markirt sind. In alten Fällen ist der ursprüngliche Charakter des Leidens oft nur angedeutet. So geht auch diese Form, deren Vertreter oft im Anfange nicht mal für geisteskrank gelten, bei mässiger Entwicklung der einzelnen Symptome, daher auch ausserhalb der Asyle in der Freiheit leben, — unter den Gesunden des öffentlichen Lebens begegnen wir der Folie circulaire häufiger, als in Asylen — so geht denn auch diese Form schliesslich in den stationären Schwachsinn über.

Andrerseits entwickelt sie sich nicht selten auf dem Boden *kongenitalen* Schwachsinns mässigen Grades, der leicht nicht als solcher erkannt, der anders von der Umgebung gedeutet wird. Ganz gewöhnlich lässt sich auch da, wo früher ganz Gesunde dem cirkulären Irresein anheimfallen, eine erbliche Disposition zum Irresein nachweisen. In beginnenden Fällen wird manchmal erst durch den Umschlag der Stimmung in ihr Gegentheil das vorhergehende Stadium als Krankheit erkannt. Die maniakische Exaltation mässigen Grades, die oft als einfache „Auf-

geregtheit" erscheint, weil verwirrte und unsinnige Reden fehlen, der Kranke heiter ist und sich wohl fühlt, seine auffallenden Handlungen noch durch plausible Gründe erklärt und rechtfertigt (Folie raisonnante), wird durch das folgende *melancholische* Stadium mit dem entgegengesetzten Verhalten als krankhaft bezeichnet und ihres zweifelhaften Charakters entkleidet.

Fall von Folie circulaire.

W. B. angeblich aus einer geistesgesunden Familie stammend, war zur Zeit ihrer Regeln, die erst in ihrem 20. Lebensjahre, aber ohne besondere Beschwerden, eintraten, etwas aufgeregt, empfindlich und widerspruchsvoll. Im 38. Lebensjahre verheirathet, nach einem Jahre schwanger, war sie im Puerperium drei Wochen lang tobsüchtig; dann wieder ganz verständig und ruhig, säugte sie ihr Kind 2 Jahre lang. Sie blieb alsdann noch 5 Jahre lang körperlich und geistig gesund. Dann wurde sie wieder während der Menses tobsüchtig, sprach viel und eifrig, lachte laut, erzählte allerlei alberne Dinge, wurde misstrauisch gegen ihren Mann etc. Nach Aufhören der Menses schnell vorübergehende Melancholie, worauf Patientin ganz ruhig wurde und ihre häuslichen Arbeiten wie sonst verrichtete. Die manische Erregung wiederholte sich nun 3 Jahre lang regelmässig während der Menses und wurde immer heftiger und anhaltender, mit überaus widerwärtiger sexueller Erregung, dem Hange fortzulaufen und Spirituosen zu geniessen. Nach ihrer Aufnahme in die Anstalt wiederholten sich die Tobsuchts-Anfälle nicht mehr in vierwöchentlichen Perioden, sondern in den ersten Jahren häufiger und unregelmässiger, alle 8—14 Tage oder etwas seltener. Ihr Eintritt war häufig ein ganz plötzlicher. Pat. sprach viel und rasch, lief umher, wechselte häufig den Platz, suchte zu zerstören, äusserte manche Ueberschätzungs-Ideen, schimpfte, sang bald religiöse, bald obscöne Lieder, verwechselte die Personen und erzählte von ihnen allerlei erdichtete Geschichten. Die durch ihre Aufregung und Unruhe verursachten Störungen erforderten häufig Isolirung und Beschränkung. Die Tobsucht ging dann mit Nachlass aller Erscheinungen in melancholische Depression über; die Kranke wurde still, verstimmt, mürrisch, klagte über Kopfschmerz, Appetitlosigkeit und schlechten Geschmack, und brachte unter diesen Erscheinungen meistens mehrere Tage im Bette zu. Dann folgte ein intervall. lucid., Pat. war ganz ruhig, beschäftigte sich fleissig, war zugänglich und freundlich, äusserte keine Wahnvorstellungen, begriff sogar ihren krankhaften Zustand und gab verschiedene Ursachen ihrer periodischen Tobsucht an.

Allein mehr und mehr zeigte sich eine gewisse Abstumpfung des Verstandes und Gemüthes; die Fähigkeit richtiger Beurtheilung der äusseren Verhältnisse nahm ab. Erst kurz vor dem neuen Eintritt der Tobsucht kehrte wieder eine grössere psychische Energie zurück. Die in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt häufigeren und kürzeren manischen Anfälle wurden später seltener und länger, hielten zuletzt 4—5 Monate an, worauf dann ein ebenso langes ruhiges Intervallum folgte. Das in den ersten Jahren befriedigende körperliche Befinden wurde später durch häufige Bronchialkatarrhe und schliessliches Emphysem getrübt. Die dyspnöischen Beschwerden traten namentlich auf

nach den manischen Anfällen, als Exacerbation des chronischen Zustandes.

Anfang März 1864 war der letzte Tobsuchtsanfall abgelaufen; das Lungenleiden führte im Mai desselben Jahres den Tod herbei.

Man sieht aus diesem Falle, dass das cirkuläre Irresein der *periodischen Tobsucht* sehr ähnlich ist. Der wesentliche Unterschied der letzteren liegt in dem Fehlen des melancholischen Stadiums, durch welches der Anfall des cirkulären Irreseins eingeleitet oder beendigt wird, und welches gewöhnlich ebenso lang ist, als das Stadium der Manie. Die periodische Tobsucht dagegen bricht fast immer plötzlich aus und geht auch rasch wieder zu Ende, manchmal ebenso plötzlich, nie allmälig, stets ohne ein ausgesprochenes melancholisches Stadium.

Auch begegnet man Fällen periodischer *Melancholie* bei Imbezillen,die alten, schon durch habituellen Schwachsinn modificirten Fällen des cirkulären Irreseins ähnlich sind. Individuen, denen als Erbtheil geisteskranker Voreltern, oft verstärkt durch schlechte Erziehung, der Schwachsinn schon von Jugend auf anklebt, so dass sie nie Geltung, Vertrauen und volle Selbstständigkeit erlangten, verfallen leicht, manchmal zuerst in den Jahren der Pubertät, oder später nach heftigen Gemüthsaffectionen, nach sexuellen Excessen, in Melancholie mit Aufregung oder Stupor. Der stupiden Form begegnet man namentlich bei jüngeren Leuten, vorzugsweise Mädchen. Nach Verschwinden der Melancholie, die, wie die periodische Tobsucht, gewöhnlich rasch und nicht in allmäliger Remission zu Ende geht, zeigt sich oft ein gewisser mässiger Erregungszustand mit eitlen, dünkelhaften Bestrebungen, ohne Reflexion, Renommiren, Prahlen, Sucht zu necken, Allerlei anzuordnen, Verschiedenes, auch zwecklose Dinge zu kaufen etc. — aber ohne ungereimte und geradezu unsinnige Reden, kurz einen Zustand gelinder Exaltation, wie man ihn auch im manischen Stadium mancher Fälle von Folie circulaire findet. Nach und nach geht diese Erregung wieder in das gewöhnliche Verhalten über; die Kranken sind wieder, wie sie vor dem Eintritt der Schwermuth waren, habituell schwachsinnig, oft unbesonnen, ohne Ueberlegung handelnd und ohne Ausdauer in ihrer Arbeit, leicht zu bereden und zu verleiten, unselbstständig, reizbar, unverträglich etc. Bei manchen derartigen Kranken erinnert das gewöhnliche Verhalten auch ganz an den Erregungszustand, welcher ihrer Melancholie folgte; es ist nur ein mässigerer Grad derselben. Da aber dieser Zustand nicht immer als Geistesstörung *erscheint*, so kann man ihn für das intervall. lucid. halten, welches der später wieder ein-

tretenden Melancholie vorhergeht. So ergibt sich die Aehnlichkeit mit dem cirkulären Irresein, zumal wenn dieses bei seiner Verjährung eine imbezille Färbung annimmt. Das periodische Irresein theilt ferner mit den deutlich cirkulären Formen die meistens entschieden ausgesprockene hereditäre Anlage und die ungünstige Prognose. Bei der Folie circulaire, wenigstens in den ersten Jahren, ist aber das Intervall. lucid. immer das kürzeste Stadium, kürzer als das manische oder melancholische, während beim periodischen Irresein die Zeit der vollen resp. relativen Gesundheit ebenso lang oder länger ist, als die der Krankheit. Hier wie dort beobachtet man gewöhnlich, dass die Dauer der Anfälle mit dem Alter der Kranken zunimmt.

Periodische Melancholie bei einem Imbezillen.

X. ein Däne stammt aus einer geisteskranken Familie. Zwei Brüder seines Vaters litten seit ihrer Jugend an Geistesstörung; ein Bruder der Mutter war vor vielen Jahren geisteskrank; ein Vetter entleibte sich in einem Anfalle akuten Wahnsinns; eine Schwester starb als Idiotin. X. 20 Jahre alt, war stets sonderbar, die Sorge seines Vaters, der nicht wusste, was er mit ihm anfangen sollte, und die oft unklugen und unbesonnenen Handlungen des einzigen Sohnes tief beklagte. X. war Jedem zugänglich, mit Jedem bald vertraut, plauderte Alles aus, auch Sachen aus dem grossen Geschäfte seines Vaters, für das er unfähig war, weil ohne Ueberlegung und Ausdauer. Wichtigere Dinge konnten ihm nicht anvertraut werden wegen seiner Oberflächlichkeit; auch fehlte ihm Wahrheitsliebe. Häufiger Eigensinn, öftere Reizbarkeit, Ausbrüche von Zorn. Renomirendes, prahlsüchtiges Wesen, Neigung zu necken und zu reizen, Thiere zu quälen. Neben diesen und anderen psychischen Anomalien: Gesichtsausdruck und Haltung, wie bei Blödsinnigen, hangende Züge, Halboffensein des Mundes, etwas wackelnder, breitspuriger Gang mit gelinder Flexion des Kopfes und der Knie. X. wurde im Jahre 1865 das erste Mal in der Anstalt aufgenommen. Die Krankheitsform war passive Melancholie. Ein ängstliches Wesen, schreckhaftes Zusammen- und Zurückfahren bei verschiedenen Eindrücken, Humilitäts-Ideen, Selbstanklagen, Nahrungsscheu und Abstinenz, zeitweise Stupor mit Starrheit der Muskulatur waren die Hauptsymptome. Nach verschiedenen kleinen Schwankungen des Befindens und Verhaltens trat nach drei Monaten ziemlich rasch Besserung ein; der Pat. wurde freundlich, gesprächig, trat aus seiner Isolirung hervor und fing an sich zu beschäftigen, sprach vernünftig, schien seine Krankheit zu erkennen und zeigte ein natürliches Interesse für seine früheren Beziehungen, für Heimath und Familie. Die Eltern hielten ihn für geheilt und hoben die Treue seines Gedächtnisses, die Ordnung und Klarheit in seinen Briefen hervor etc. Eine gewisse Erregung aber, die der melancholischen Depression gefolgt war, ein eitles Renommiren, ein prahlhaftes Schwatzen von den Besitzungen und Unternehmungen seines Vaters, kindisches Wesen und Treiben, Lust zum Necken anderer Kranken, vieles Erzählen lustiger Anekdoten mit vielem Lachen, Neigung sich zu putzen und zu schmücken, Allerlei zu kaufen, was er gar nicht benutzte, häufige

Ausgaben für zwecklose Dinge, dabei Erotismus — diese Erregung sprach nicht für Heilung. Indessen schien ein längerer Aufenthalt im Asyle keinen weiteren Erfolg zu versprechen, und Patient verliess dieses nach halbjährigem Autenthalte.

Im Jahre 1867 wurde Pat. abermals melancholisch; doch war die Verstimmung leichterer Art und passagèr, und es erfolgte nicht die in Aussicht genommene Versetzung in die Anstalt.

Im Nov. 1868 der dritte Anfall von Schwermuth, ziemlich plötzlich, für die Eltern unerwartet, welche den jungen Mann noch Tags vorher heiter und wohl gesehen. In die Anstalt aufgenommen bot er dieselben Erscheinungen, wie im Jahre 1865, so dass auch Laien, die ihn damals kannten, dasselbe Krankheitsbild wieder erkannten.

Dieser Anfall zog sich, mit einer deutlichen Remission nach drei Monaten, bis zum Mai d. J. hin. Auch dieses Mal war die Besserung ziemlich rasch; der Uebergang aus der stupiden Melancholie umfasste höchstens 8 Tage. Dann folgte dieselbe Erregung, wie beim ersten Anfalle, mit Eitelkeiten und Erotismus. Patient verliess 8 Monate nach der Aufnahme die Anstalt.

(Forts. folgt.)

Mittheilungen über das westphälische Irrenwesen.

III.

Unsere Provinz Westphalen, eines der ersten deutschen Länder, die für ihre Geisteskranken überhaupt Sorge trugen, ist durch die Einrichtung einer zweiten öffentlichen Anstalt und den Umbau der alten in die Reihe derjenigen Länder getreten, welche als solche betrachtet werden können, die verhältnissmässig gut für ihre Geisteskranken gesorgt haben; ob in ausreichender und nach allen Seiten genügender Weise, soll vielleicht später erörtert werden. — Beide Anstalten sind äusserlich wie innerlich nach den Erfordernissen der neueren psychiatrischen Wissenschaft eingerichtet resp. umgestaltet, und bieten Nichts mehr dar, was, wie bei den ältern Irrenanstalten, dem Publikum zu begründeten oder unbegründeten Schauern und Schreckgeschichten dienen und die Phantasie unberufener Romanschriftsteller mit meist entstellten Bildern zum grossen Nachtheil des Publikums befruchten könnte. Unsere Anstalten sind nicht mehr, was sie vielleicht vor hundert Jahren waren und in dem von Vorurtheil befangenen Geiste Vieler noch sind, Depots für unheilbare, Aufenthaltsorte für Auswürflinge der menschlichen Ge-

sellschaft; sie sind, wie alle Anstalten, jetzt Asyle, Zufluchtsstätten für schwer Belastete und Leidende, sie sind Krankenhäuser für wirklich körperlich und geistig Kranke, Hospize für im Kampfe des täglichen Lebens Ermüdete und Zusammengebrochene, sie wollen heilen, bessern, aufrichten und brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zurückgeben und, wo sie dies nicht vermögen, wenigstens lindern und ein menschliches Dasein herstellen; sie haben desshalb auch mit Recht ihren Namen gewechselt, um nicht durch die alten Bezeichnungen „Irrenhaus" „Irrenanstalt" Anklänge an frühere Zeiten und die aus ihr noch herstammenden verderblichen Vorurtheile hervorzurufen.

So heisst die Marsberger Anstalt: St. Johannes-Hospital, von St. Johannes von Gott, dem ersten Begründer von Hospizen für Geisteskranke in Spanien und dem Stifter des segensreichen Ordens der barmherzigen Brüder, während die Anstalt in Lengerich den Namen Bethesda angenommen hat.

Hält man nun fest, was oben über eine möglichst beschleunigte Uebersiedelung der Kranken in die Anstalt gesagt ist, weiss man, was jetzt die Anstalten sind, und wie das Leben in ihnen sich gestaltet, so ist es diesem gegenüber eine schmerzliche Thatsache, dass in manchen Krankheitsfällen nicht nur von Angehörigen, sondern von Aerzten noch stets die Frage in ängstliche Erwägung gezogen wird, ob der Kranke auch bereits geeignet, ob er, wie der beliebte Ausdruck ist, „reif" sei für die Anstalt. Man will damit sagen, dass der Kranke bereits wirklich in einem derartigen Zustande sich befinde, dass nichts mehr an ihm zu verderben sei, und dass daher auch die Anstalt selbst, die man nur mit Schreck in Aussicht nimmt, auf den gänzlich Verwirrten keinen, wie man fürchtet, üblen Eindruck mehr machen würde. Die Berechtigung zu dieser Frage gehört aber einer längst entschwundenen Zeit an; dennoch wird sie immer noch aufgeworfen und bezeichnet, bei den Angehörigen eine gänzlich übel angebrachte Anhänglichkeit, bei den Aerzten aber eine beklagenswerthe Unkenntniss des Wesens der Geisteskrankheit und der Anstalt selbst. Solche wissen oder bedenken nicht, dass in der Anstalt nicht alle Fälle perverser Geisteszustände ohne Unterschied der Form, ohne Berücksichtigung ihrer äusseren und inneren Qualität zusammengebracht werden; die Anstalt stellt vielmehr einen wohlgebildeten Organismus dar, in welchem die verschiedensten Abtheilungen für die verschiedenen Grade und Formen der Gemüths-

leiden sich vorfinden, und wo für jeden Aufgenommenen mit Rücksicht auf sein Leiden, seinen Stand, seine körperlichen und geistigen Bedürfnisse eine entsprechende Abtheilung des Hauses ausgewählt und bestimmt wird, so zwar, dass schon die Umgebung, in welche er tritt, darauf berechnet ist, einen wohlthätig heilenden Einfluss auf ihn auszuüben.

Es trifft jener Vorwurf mehr oder weniger alle Stände. Die Kranken des platten Landes werden zurückgehalten, weil der Aufenthalt in ihren häuslichen ländlichen Verhältnissen öfter weniger störend ist und eher ertragen werden kann. Die Bewohner der Städte, die gebildeteren Bevölkerungsklassen suchen ihre Angehörigen vorerst anderwärts unterzubringen, in Wasserheilanstalten, in Krankenhäusern und Klöstern; erst wenn hier keine Hilfe zu hoffen, oft nach Jahren, und dann in der Regel durch finanzielle Gründe bestimmt, sucht man die Anstalt auf, zu spät natürlich für Heilung, die man aber oft dennoch naïv genug ist, um nicht ein anderes Wort zu gebrauchen, von einem kurzen Aufenthalte der Kranken mit grosser Sicherheit zu hoffen.

Frische Fälle von Geisteskrankheit, welche noch heilbar sind, passen nicht für die erste Unterbringung in gewöhnlichen Krankenhäusern oder klösterlichen Anstalten, da in diesen Häusern die Einrichtungen für Kranke dieser Art nicht getroffen sind, und daher eine angemessene Behandlung nicht eingeleitet werden kann; dagegen können veraltete und weiter nicht heilbare Geisteskranke, sofern sie ruhig sind, sehr wohl in solchen Häusern verpflegt werden, da es bei ihnen nur der gewöhnlichen körperlichen, humanen Pflege und Aufsicht bedarf Aber leider zeigt sich hier das durch falsche Ansichten, Vorurtheile und übel angebrachte Liebe bewirkte Fehlerhafte menschlicher Handlungsweisen; grade das Umgekehrte des Richtigen geschieht in so vielen Fällen; zuerst zögert man mit der Unterbringung der Kranken in die Heilanstalt, so lange eben noch Heilung zu hoffen ist; hingegen in Fällen, wo die Zeit der Heilbarkeit längst vorüber ist, drängt man auf die Aufnahme, und die Kranken, auch wenn sie zu Hause und in Krankenhäusern und Pflegehäusern verpflegt werden können, werden der Anstalt zum Nachtheil der heilbaren Kranken aufgebürdet.

Wir resümiren daher, dass, unter den jetzigen Verhältnissen und Einrichtungen der Anstalten für Gemüths- und Geisteskranke, in einem gegebenen Falle die Frage nach der „Reife“ nicht mehr aufgeworfen, die ängstliche Erwägung der Angehörigen oder des Arztes, ob nicht etwa

ein schädlicher Einfluss zu befürchten sei, nicht mehr stattfinden sollte und stattfinden kann. Tritt ein solcher Fall ein, so wird man gut thun, falls nicht nach einigen, höchstens 4–6 Wochen, Anzeichen der Besserung vorhanden sind, die sofortige Uebersiedelung des Kranken in die Anstalt einzuleiten, und man wird die beruhigende Gewissheit haben können, dasjenige gethan zu haben, was zweckmässig und einzig erspriesslich ist.

Sir William Penn.

Historisch-romantisches Original-Schauspiel in 5 Aufzügen von Ormuz. *)

Ein Drama ohne Handlung ist wie eine Oper ohne Musik, — ein Unding, ein Widerspruch. William Penn ist ein solches Drama, eine Reihenfolge von Scenen, die zwar durch den Namen und die Person Penn's ein äusserliches Einheitsmoment erhalten, aber keineswegs die Entwicklung und den Abschluss einer Handlung darstellen. In jedem ächten Drama hat der Held einen Zweck, ein Ziel, zu dessen Erreichung er mit widerstrebenden Lebenselementen einen bewussten Kampf führt. Hiervon ist in dem vorliegenden Stücke nicht die leiseste Spur zu entdecken. William Penn ist nicht der Träger einer dramatischen Handlung. Seine ganze Thätigkeit für die Kolonie Delaware, welche bei der Eröffnung des Stückes schon existirt, beschränkt sich darauf, dass er einmal von der Pfalzfürstin Geld für dieselbe empfängt und einigen durch ein Gewitter bekehrten Verbrechern die Erlaubniss ertheilt, sich an der Ansiedlung zu betheiligen. Oder soll Penn's persönliches Hinübergehen nach Amerika der Brennpunkt sein, in welchem alle Fäden des Drama's zusammenlaufen? In der That scheint der Verfasser dies gedacht zu haben, denn William's Einschiffung ist der Schluss des Ganzen, ontologisch das Letzte, also psychologisch das Erste, der am Ende offenbar werdende Zweck des Ganzen. Allein dieselbe beruht nicht einmal auf irgend einer sittlichen, also nicht auf einer dramatischen Idee; seine persönliche Uebersiedelung ist nur durch die *Furcht* motivirt. (Vergl.

*) Dieses „zum Theatergebrauch bearbeitete und auf eigene Kosten gedruckte" Drama des pseudonymen Verf. ist ohne Jahreszahl bei E. C. Brunn in Münster erschienen.

S. 11 und namentlich 41.) Die Furcht und zwar Furcht vor Kerkerhaft wäre demnach die innerste Triebfeder in der dramatischen Entwicklung, wenn von letzterer überhaupt die Rede sein könnte. Die Gegner William's bleiben fortwährend unsichtbar, ja es ist kaum die Rede von ihnen. Das einzig Widrige, was William im Verlaufe des Stückes begegnet, ist ein zweimaliger Angriff von Mördern, also etwas, was 1) für die Entwicklung des Drama's vollkommen unwesentlich, 2) als eine nicht vorherzusehende, nicht zu verhütende Thatsache, also als ein blosser Zufall vollkommen undramatisch ist.

Ist nun das Motiv von William's Abreise durchaus unwürdig, so sind die begleitenden Umstände geradezu lächerlich. Der Verfasser hat sich Mühe gegeben, seinen Helden alles Heldenhaften zu entkleiden. William jammert über die Gefahr und bittet den Herrn wehmüthig, dass dieser Kelch des Leidens an ihm vorübergehen möge. Und wirklich geht dieser Kelch an ihm vorüber, aber in lächerlich undramatischer Weise, ohne sein eigenes Zuthun. Die Einschiffung geht in bequemster Weise, unter grosser, begeisterter Theilnahme des Volkes vor sich, und hiemit schliesst das Stück ab.

Ebenso verfehlt wie das ganze Stück als Komposition erscheint, ebenso lächerlich ist die Charakterisirung der handelnden Personen. William selbst ist ein süsslicher, weinerlicher Patron, der mit hohlen Redensarten und Traktätchen die Welt bessern will, einem Bettler auf der Strasse seine Abhandlung über die Dreieinigkeit schenkt und sich hinterher wundert, dass dieser das Geschenk ablehnt. Von irgend welcher Thatkraft, von staatsmännischer Einsicht und Entschlossenheit, wie sie dem Gründer einer grossen Kolonie geziemen, erblickt man nirgends eine Spur. Einen höchst komischen Eindruck macht es, dass dieser schlaffe, energielose Mensch überall, wo er auftritt, mit enthusiastischer Bewunderung empfangen und als Retter der Menschheit in überschwänglichen Ausdrücken gefeiert wird, und zwar nicht nur vom Pöbel, nicht nur von Mördern, denen sein Auftreten den Dolch aus der Hand windet, nicht nur von pietistischen Damen, sondern auch sogar von frivolen Höflingen und Skeptikern wie Buckingham und Schaftesbury, ja von ernsten und besonnenen Staatsmännern wie Clarendon und Monk.

Neben W. Penn treten die drei Räuber Burg, Dando und Crano am meisten hervor. Nun ist man zwar gewohnt, dass Räuber, so gut wie andere Menschenkinder, bei ihren Handlungen irgend einen greifbaren

Zweck haben, dass sie ihres Vortheils wegen rauben und morden. Doch unsere drei Helden sind über derartige Misere weit erhaben. Ihre „Herzensfreude“ besteht darin, „in das Leben hineinzublitzen und hineinzudonnern, aus purer Lust, es zu vernichten“, und so wird der Mordplan gegen Penn mit den naiven Worten eingeleitet: „Wir müssen einmal einen Mord begehen“ (S. 15). Ohne sonderlichen Grund stehen sie nachher von diesem Entschlusse ab, lassen sich von Penn mit Traktätchen beschenken und scheiden unter frommen Redensarten aus seiner Wohnung. In ihrem Mördergewölbe wieder angelangt, verspotten sie Penn in lustiger Weise, entwickeln in ihren Gesprächen eine erstaunliche Kenntniss der Geographie, wie ihnen denn z. B. Bambara und Sudan ganz geläufig sind, schwatzen über antike Mythologie, beweisen eine genaue Bekanntschaft mit Shakespeare und suchen sich einander an Witz zu überbieten.

Da ist es denn freilich nicht zu verwundern, dass auch ihre Frauen als äusserst gebildete Damen auftreten, die sich ebenfalls in den geschraubtesten Ausdrücken bewegen und in der Mythologie so bewandert sind, dass z. B. Frau Burg ihren Mann, der den spanischen Gesandten berauben will, einen zweiten Jason nennt, der auf einem nächtlichen Argonautenzuge das goldene Vliess zu rauben suche. Um das Maass des Unsinns voll zu machen, werden die Räuber späterhin durch ein Gewitter bekehrt, beschliessen nach Philadelphia zu gehen, erwirken von Penn die Erlaubniss dazu und erscheinen zuletzt in neuem Costüm in Penn's Hause, wo sie „eine Cigarre rauchen und Quitarre zum Tanze spielen.“

Nicht minder lächerlich sind die übrigen Charaktere des Stückes gezeichnet, wenn überhaupt hier von Charakteren die Rede sein kann. Denn im Grunde führen alle Personen dieselbe Sprache. Dasselbe falsche Pathos, welches bei William Penn und der Pfalzfürstin als *feierlicher* Gesprächston erscheint, tritt in den hohlen, deklamatorischen Redensarten der Räuber, in den weinerlich-sentimentalen Gesprächen des Rich. Penn und seiner Mutter, in dem bramarbasirenden Wortgeklingel des Generals Monk, in der burlesken Geckenhaftigkeit des Georg Fox hervor u. s. w. Wir müssten uns sehr irren, wenn nicht alle diese verschiedenen Charaktere, mit Ausnahme des Fox, im Grunde nur verschiedene Stimmungen einer und derselben Person wären, und wenn nicht diese Person der Verfasser selbst wäre. Dieser wäre demnach ein Mann,

in welchem die disparatesten Gemüthsbewegungen in rascher Folge sich einander ablösen, ein Mann, der bald für das Wohl der Menschen schwärmt, wie William Penn, bald die ganze Welt in Stücke zerreissen möchte und in einen tollen Vernichtungsjubel ausbricht, wie der Räuber Crano, — ein Mann, der bald sanft und weich und sentimental gestimmt ist und durch die Macht seiner wohlwollenden Persönlichkeit die Welt reformiren und beglücken möchte, gleich darauf aber die Rohheit einer bestialischen Natur hervorbrechen und aufschäumen lässt, ein Mann, der weder sich selbst noch die Objekte mit Klarheit anschaut und darum mit den letzteren in den entgegengesetztesten Arten in halbwahnsinniger Verzweiflung sich abzufinden sucht.

Wollte man alle Ungereimtheiten in den Situationen, alle psychologischen Unmöglichkeiten, die sich in dem Stücke finden, der Reihe nach aufzeichnen, so hätte man ungefähr das ganze Stück von A bis Z abzuschreiben.

So wird gleich im Anfang eine Liebesscene während einer Feuersbrunst geschildert, und Heinrich küsst die Dorothea unter blumigen Redensarten, während ihm gleichzeitig graut vor dem Gedanken, lebendig verbrannt zu werden. Trotz der drohenden Feuersgefahr scheut sich Dorothea, ihren Herrn W. Penn aus dem Schlafe zu wecken, weil er sich in der kalten Morgenluft erkälten könnte. Hinterher hält sie einen grausigen Monolog über das fürchterliche Feuerelement, während sie Kaffee dazu trinkt, und obschon der Schrecken ihre Glieder überläuft und sich in deutschen und französischen Ausdrücken und Onomatopieen Luft macht, reflektirt sie gleichzeitig über den Ursprung des Feuerelements und über sein Verhältniss zum Wasser, welches in witziger Weise mit dem Verhältniss von Mann und Weib verglichen wird. Darauf wird von der Penn'schen Familie während des Diners und unter Clavierbegleitung ein feierliches Wehe über die zerstörende Wuth der Elemente losgelassen und William von seinem Sohne beschworen, das fürchterliche Schicksal mit der heiligen Lohe des Gebets zu *versengen* und zur Nimmerwiederkehr in den Tartarus zu *versenken*, worauf Frau Penn vor überschwellender Rührung ausser sich kommt, und Penn selber diese höchst passende und schöne Gelegenheit ergreift, die Gefahr zu besprechen, in welche ihn die Abneigung des Parlaments versetzt. Nachdem darauf die drei Räuber aus dem oben angeführten Motive oder vielmehr aus Motivlosigkeit einen Mordanschlag gegen Penn ausgeheckt haben,

erscheint dieser selbst wieder und deklamirt, während er Rothwein trinkt, unter der sanften Begleitung einer Flöte eine Paraphrase des Vaterunsers, worin er Gott beschwört, von der dunkelsten seiner Eigenschaften, der Gerechtigkeit abzulassen. Dann folgt eine Anrede an verschiedene Sterne, namentlich an die sieben „Gestirne“ des Himmelswagens, wie der Verfasser des pomphaften Stils wegen sie nennt. Von diesen sieben Gestirnen nun, und das ist das Seltsame in dieser Anrede, will Penn Gottesfurcht, Gottesliebe, Achtung vor sich selbst, aber auch Mitleiden mit seinen Nebenmenschen erkennen.

Man kann Scene für Scene durchgehen und überall ein gleiches Maass von Unklarheit, Widerspruch und Ungereimtheit aufdecken. Es möge aber genügen, noch auf die erste Scene des fünften Aktes aufmerksam zu machen, welche in der That alles Frühere noch übertrifft.

Penn war bekanntlich Quäcker, ein Anhänger des Georg Fox, welcher diese fromme Sekte stiftete. Diesen Religionsstifter nun führt uns in der genannten Scene der Verfasser vor, und zwar als einen überaus einfältigen, überaus eitlen und ruhmredigen alten Gecken, der in der albersten Weise nur von sich selber und seinem ausgebreiteten Rufe spricht und von der ganzen Umgebung „fürchterlich“ ausgelacht wird, während der grosse William Penn in ihm seinen lieben Freund begrüsst, ihm die Hände drückt und ihn an sein Herz zieht.

Doch genug des Unsinns! Falls es überhaupt gestattet ist, aus der Beschaffenheit eines Buches einen Schluss auf die Natur des Verfassers zu ziehen, so ist die Behauptung gerechtfertigt, dass der Urheber des vorliegenden Werkes eine solche Unklarkeit des Bewusstseins, eine solche Sprunghaftigkeit der Vorstellungen, eine solche Gewandtheit in der Combination heterogener Dinge besitzt, wie man sie nur bei Irrsinnigen zu finden gewohnt ist. *)

Dr. *Bernay.*

---

*) Nähere Erkundigungen nach dem Verf. des William Penn stellen sein Irresein (Ueberschätzung und Verfolgungswahn) ausser allen Zweifel. Red.

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 9. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster,** Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen.

Dr. Brosius, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Das melancholische Element im Irresein. (Forts.) Das Publikum und die Irrenanstalten. Ueber den Umgang mit Geisteskranken.

Das melancholische Element im Irresein.

(Fortsetzung.)

Dem melancholischen Delirium begegnet man sehr häufig im *paralytischen* Irresein. Der deutlichen Entwicklung dieses fatalen Leidens gehen ganz gewöhnlich lange Zeit, selbst viele Jahre lang mancherlei Veränderungen des Charakters und mehr weniger auffallende Schwankungen der Gemüthslage vorher. Die Kranken sind zu Zeiten sehr traurig, niedergeschlagen, kleinmüthig und verzagt bis zur Verzweiflung, bald wieder erregt, ungemein heiter und lustig, reich an Hoffnungen und Projekten. Beide Stimmungen sind manchmal theatralischer Art. In andern Fällen wird die Paralyse durch ein längeres oder kürzeres Stadium anhaltender Melancholie mit verschiedenen Wahnideen, wie sie auch sonst in der Schwermuth vorkommen, eingeleitet, durch Angstzustände mit grossen Befürchtungen, Verfolgungs-, Vergiftungs-Ideen, Selbstanklagen und Vorwürfen etc. etc., und in dieser Melancholie treten dann auch schlimme Tendenzen auf, Drang fortzulaufen, Nahrungsverweigerung, Neigung zu Selbstbeschädigungen, Angriffe auf die Umgebung. Dieser Schwermuth mit oder ohne Aufregung folgt dann früher oder später die Exaltation mit Ueberschätzung der Person und persönlichen Verhältnisse, der Grössen- und Reichthumswahn. Aber auch in diesen Wahn, in die hohen und glücklichen Ideen des Kranken schieben sich zeitweise wieder melancholische Verstimmungen, oder sie alterniren mit jenen

Die Paralyse beginnt bekanntlich psychischer Seits manchmal mit Schwachsinn; dieser ist die *primäre* Form, wenigstens ist von Melancholie oder Grössenwahn vorher Nichts bekannt. Der Schwachsinn ist zwar bleibend, aber zeitweise wird er in vielen Fällen durch melancholische Verstimmung oder durch manische Erregungen modifizirt.

Es gibt noch wieder andere Fälle von Paralyse, wo Melancholie oder Hypochondrie die vorherrschende und bleibende Form ist. Beeinträchtigungs-Ideen verschiedener Art, der Glaube an Betrug, Diebstahl, Unterschlagung, Spionage, Verfolgung, Vergiftung etc. hält die Kranken in permanent gereizter, mürrischer, bitterer, feindseliger Stimmung, die sich oft in kolossalen Beschimpfungen, Drohungen und Verwünschungen Luft macht, gewöhnlich auch mit Hallucinationen, namentlich des Gehörs, verbunden ist und unter dem Einflusse dieser nicht selten zu Zerstörungen, Angriffen und gewaltthätigen Handlungen führt.

Auf das hypochondrische Delirium, als Vorläufer der allgemeinen Paralyse, der die Hypochondrie viele Jahre vorausgehen kann, ist schon mehrfach von deutschen und französischen Irrenärzten aufmerksam gemacht worden. Die einschlägigen Beobachtungen zeigen, wie wenig Bedeutung das Wort „Hypochondrie“ hat.

Ebenso absurd wie der Grössenwahn bei einigen, erscheint das melancholisch hypochondrische Delirium bei andern Paralytikern, und ebenso hartnäckig und monoton. *Dieselben* Ideen von unmöglichen Veränderungen des Körpers und seiner Organe beschäftigen den Kranken, ohne dass er ihnen immer entsprechend lebt und handelt; er spricht sie, scheint es, aus ohne daran zu glauben oder etwas dabei zu denken. So ist seine Inkonsequenz und Energielosigkeit zu erklären; durch sie wird dem hypochondrischen oder dem Grössen-Delirium der Anstrich der Verrücktheit gegeben.

L. erlitt in Folge eines Sturzes eine mässige Gehirnerschütterung, nach der, wie Patient selbst angab, häufige Eingenommenheit des Kopfes und Schwäche des Gedächtnisses zurückblieb. Er war jedoch im Stande, seine Berufspflichten zu erfüllen, und Niemand merkte eine Veränderung in seinem Wesen, die der Kranke, wie er sagt, selbst fühlte. Nach mehreren Monaten äusserten sich hin und wieder Verfolgungs-Ideen; er glaubte, von Spionen umgeben zu sein, man wolle ihn aus seiner Stellung verdrängen, man habe ihm Gift in den Kaffee geschüttet. Unter dem Einflusse hoher Temperatur und angestrengter Bewegung im Freien steigerte sich allmälig die melancholische Aufregung, der Verfolgungswahn dehnte sich aus, Pat. hielt auch

seine nächsten Verwandten für Feinde, sprang einmal aus dem Fenster, in grosser Angst, und machte einen Angriff auf den eignen Vater unter Beschimpfungen und Drohungen.

Er kam in der Anstalt an nach einer auch für seine Begleiter sehr ängstlichen Reise. Schon im Aufnahme-Zimmer begann Patient unter Beschimpfungen, Drohungen und Angriffen gegen seine Begleiter, die er als Feinde betrachtete, sich zu entkleiden und die Kleidungsstücke, welche mit Morphium imprägnirt seien, weit weg zu schleudern; ängstlich und misstrauisch liess er Niemand nahe kommen. Die Nahrung wurde verweigert, weil sie vergiftet sei. In dieser Melancholie mit Aufregung blieb Pat. 8 Tage lang. Dann trat eine erhebliche Remission ein, mit Erkenntniss des krankhaften Zustandes, den Patient selbst, unter umständlicher Erzählung seiner Vergangenheit, von dem erlittenen Sturze herleitete. Aber es wiederholten sich die melancholischen Exacerbationen mit vielfachen Hallucinationen, deren Inhalt den finstern Ideen von Verfolgung und Vergiftung entsprach. Er hörte das Arbeiten einer Höllenmaschine, um ihn zu verderben, er fühlte davon die Zuckungen in seinen Gliedern, er hörte das Gift in sein Zimmer herabtreufeln, er hörte, wie die Schergen und Schufte, welche Gott richten werde, im Keller Gift brauten, das er verschlucken solle; er fühlte und roch die Strömungen des Morphiums durch das Zimmer, er schmeckte das Gift in den Speisen, namentlich in den Suppen. In seiner Angst kam er oft zu Einem, um Schutz flehend und bittend, ihn nicht zu verlassen, da er nirgends sicher sei.

Nach und nach mischten sich in diese unglücklichen Ideen heitere Bilder und Vorstellungen, von Avancement, glücklicher Verheirathung, der Mission, Deutschland zu retten, ihm einen Kaiser zu geben etc. Der immer deutlicher hervortretende Grössenwahn verdrängte die melancholischen Ideen nicht; sie blieben dieselben. Der Wahn der Imprägnirung der Kleider und des Bettes mit Morphium veranlasst den Kranken sich seiner Kleider zu entledigen und das Bett zu meiden. Tage lang befindet er sich nackt in der Zelle, die dann auch im Sommer geheizt wird. Auch die Nahrung wird noch zu Zeiten verweigert, wobei er auf den Arzt schimpft, der seiner Köchin den Auftrag gebe, ihm vergiftete Speisen zu bereiten. Andere Male behauptet er, dass man den Rauchtabak vergiftet habe. Auch sonstige Beeinträchtigungsideen fehlen nicht. Die mürrische, bittere Stimmung, welche den Verfolgungswahn begleitet, entäussert sich zeitweise in Drohungen und Beschimpfungen, und mitunter tritt noch grosse Angst ein mit Hallucinationen, mit Zerstörungen und Angriffen auf die Umgebung. In unregelmässigen Perioden wechselt die finstere Stimmung mit heiterer Erregung, Freundlichkeit und Umgänglichkeit des Patienten, wie sie seinen glücklichen Ideen und der Ueberschätzung entspricht. Die Motilitätsstörungen lassen über die paralytische Natur des Leidens keinen Zweifel. Die bei der Aufnahme des Kranken konstatirte Pupillen-Differenz wurde im weiteren Verlaufe der Krankheit nicht wieder beobachtet. Die Störung der Artikulation ist dagegen, namentlich zu Zeiten, recht deutlich; der Kranke selbst merkt, dass er stottert, flucht darüber und schiebt es den Einwirkungen Fremder zu. Im Dec. v. J. wurde ein apoplektischer Anfall beobachtet Pat. lag anscheinend bewusstlos da, mit tetanischer Spannung der Glieder, Nacken-Kontraktur und fibrillären Zuckungen in den unteren Extremitäten. Letztere deutete Pat. schon früh an bei Erwähnung der

Versunkensein voraus; dann werden die Kranken von Angst und Unruhe befallen, deren Motiv oft dunkel bleibt; sie klagen, dass sie nirgends Ruhe haben, man sieht sie hin und her laufen, und dann plötzlich schreiten sie zu einer gewaltsamen Handlung, in der die innere Angst und Unruhe ihren Ausgleich findet, wie der ganz gleiche Zustand in anderen Fällen in einem Krampf-Anfalle; die gewaltsame Handlung, das Werk der Zerstörung, ist ein bedauerlicher Ersatz für letzteren.

Wie schon bemerkt, beobachtet man in der Epilepsie auch ruhige, weniger stürmische melancholische Zustände, deren Kern gewöhnlich der Glaube an Beeinträchtigung, Gefahr und Unglück ist. Die Melancholie nimmt manchmal eine religiöse Färbung an, sei's dass die gequälten, unglücklichen Kranken Schutz und Erleichterung suchen in der Hingabe an Gott und die Kirche, sei's dass sie durch Gebet und gute Werke eingebildetes Unrecht wieder gut machen wollen. Denselben Religionseifer findet man, manchmal mit Ascetismus, auch bei nicht epileptischen Melancholikern, ohne dass er die Kranken vor Unsittlichkeiten schützt, welche die Religion verdammt.

Das Irresein der *Hysterischen* trägt gleichfalls ganz gewöhnlich einen melancholischen Charakter, der nur in alten Fällen, die in psychische Schwäche, in Verrücktheit und Blödsinn übergegangen, mehr und mehr verschwindet. Aber die unglückliche, traurige Stimmung und der melancholische Wahn ist in der Hysterie nicht selten durch die, dieser Neurose eigenthümlichen psychischen Attribute, durch die Sonderbarkeiten des Charakters und des Wollens, welche auch die noch geistesgesunden Hysterischen kennzeichnen, mehr weniger verdeckt. Man glaubt nicht leicht an Schmerz und Kummer, an Furcht und Misstrauen, an deprimirende Imaginationen, an finstere, schreckliche Phantasmen, wenn man den Egoismus, die Eitelkeit, die Rücksichtslosigkeit, das dünkelhafte und anspruchsvolle Wesen, die Launen, Affektirtheiten und Intriguen, kurz das höchst subjektive Wesen des hysterischen und verwöhnten Weibes beobachtet, oder wenn man Furien und Drachen vor sich sieht. Und doch — auch das hysterische Irresein mit allen seinen Widerlichkeiten für die Familie und den Arzt hat gerechten Anspruch auf Mitleid, nicht allein als Krankheit überhaupt, deren Basis, die hysterische Neurose, fast immer unheilbar ist, sondern auch seiner melancholischen Elemente, der tiefen Miss- und Verstimmung, der traurigen und unglücklichen Ideen wegen, die sich oft unter der Neurose

verbergen. Man kann, wo sich die psychische Störung nicht enthüllt, in den meisten Fällen irgend welche Beeinträchtigungs-Ideen annehmen, die sich bei längerer Beobachtung früher oder später auch verrathen werden. Im Allgemeinen versteckt sich der chronische Verfolgungswahn sehr gern. Bei der geisteskranken Frau kommt vielleicht die Eitelkeit hinzu, welche sie verhindert, Klagen und Anklagen gegen den Mann vorzubringen, oder die imaginären oder wirklichen Schattenseiten und Uebelstände in der Familie und im Hauswesen, die sie beunruhigen, betrüben, erbittern — zu offenbaren.

Man beobachtet nicht selten, dass bei Hysterischen die Melancholie ausbricht, nachdem ihre körperlichen Leiden, Krämpfe und Neuralgien, zurückgetreten sind. Man spricht alsdann wohl von einer Transformation der Neurose. Wenn durch solche Ausdrücke nur ein klares pathologisches Verhältniss bezeichnet würde! aber das Faktum lässt sich manchmal beobachten. Jahre lang, auch von früher Jugend an, haben die nervösen Frauen an allerlei Beschwerden gelitten; die verschiedensten Aerzte sind berathen, alle möglichen Mittel sind angewandt, allopathische und homöopathische, Wasserkuren, Reisen, Bäder etc. Endlich werden die Frauen gesund — da kommt das Irresein hinterher. Die melancholische Stimmung dieser Kranken kann sich selbst bis zum Lebensüberdrusse und zum Selbstmord steigern. Ihre Klagen und Anklagen, ihre Verzweiflung und Agitation sind oft erschrecklich. Manchmal ist es schwer, namentlich bei durch Erziehung und Lebensverhältnisse verwöhnten Hysterischen, zu sagen, ob nicht die Sucht, Aufsehen zu machen und Andere für sich und um sich in Bewegung zu setzen, grossen Antheil hat an der Agitation.

Die Hysterie disponirt sehr zu der früher viel häufigeren Form des melancholischen Wahnsinnes, welche als sog. Daemonomanie namentlich in den epidemischen Geisteskrankheiten und in den Hexenprozessen eine bedeutende Rolle spielt. Jetzt kommt glücklicher Weise diese Form fast nur noch sporadisch vor. Sie entwickelt sich bei gläubigen, religionseifrigen Frauen aus der falschen Deutung der abnormen Sensationen der Haut und der inneren Organe, des Kehlkopfs, der Brust, der Genitalien. Die Permanenz dieser Sensationen in Verbindung mit Hallucinationen der übrigen Sinne gebiert endlich unter dem Einflusse des orthodoxen Glaubens den Wahn der Teufelsbesessenheit. Es ist manchmal der Höhepunkt des Irreseins, von dem es allmälig wieder zur Ge-

Verkehrtheit nachzuforschen, und da zeigt sich oft, dass der anscheinend sittlichen Entartung ein hypochondrischer Wahn, fixe Beeinträchtigungs-Ideen, der Glaube an Verfolgung und Spionage, kurz ein melancholischer Zustand zu Grunde liegt, der sie ihre Verhältnisse falsch beurtheilen, ihre Umgebung als feindlich und gefährlich erscheinen lässt und daher sie selbst gefährlich macht. Ohne den Nachweis psychischer Störung wird ein Epileptiker vor Gericht der Verurtheilung nicht entgehen.

Auch die sog. *Mania transitoria* nicht epileptischer, früher ganz gesunder Personen ist in der Mehrzahl der Fälle, die eine genaue Analyse gestatten, ein *ängstlicher* Aufregungszustand, so dass die Bezeichnung Melanch. transit. passender wäre. Mischen sich auch wohl heitere und glückliche Ideen ein, so praevalirt doch ein finsterer trüber Wahn, die Kranken träumen von Gefahren, von Verfolgung und Vernichtung, sie sehen Feinde, Abgründe, die Schrecken des Todes vor sich; ihre Sinne sind dabei, wie im Traume, der objektiven Welt verschlossen, oder die Eindrücke aus dieser werden zu Illusionen. Abgesehen von dem Inhalt und der Form des Vorstellens (bei dem transitorischen Irresein besteht wohl Verwirrung der Rede, wie bei wirklicher Manie, aber kein abundantes Vorstellen bis zur Ideenflucht), gibt es auch noch andere Unterschiede von Tobsucht: die Aufhebung der sensoriellen Thätigkeit für *äussere* Eindrücke, während in der Tobsucht die Aufmerksamkeit sehr rege und scharf ist; das Fehlen der Erinnerung nach dem Anfall, während der Tobsüchtige sich selbst grosser Kleinigkeiten aus dem Anfalle erinnert. Die Man. transitor. bricht gewöhnlich ganz plötzlich aus bei bisher anscheinend gesunden Personen, erreicht sofort ihre Höhe, dauert nur wenige Stunden, endigt ebenso plötzlich, wie sie begann, meistens durch einen ruhigen festen Schlaf. Dieser Verlauf entspricht nicht dem eines gewöhnlichen maniakalischen Paroxysmus.

Fall von Mania transitoria (aus *v. Krafft-Ebing*, die Lehre von der Mania transitoria, Erlangen, 1865.)

O. wurde den 6. Nov. 1864 in Illenau aufgenommen, 21½ J. alt, ledig, Rekrut. In der Familie keine Seelenstörung oder Epilepsie. Pat. körperlich kräftig, gutmüthig, munter, zu keinerlei Excessen geneigt. Am Morgen des 23. Okt. heftiges Kopfweh, Schwindel, Ohrenschmerz; Gesichtsfarbe auffallend blass, häufig wechselnd; 11½ Uhr plötzliche Bewusstlosigkeit, Hinstürzen, Athem und Puls regelmässig, Augenlider geschlossen, Bulbi nach oben verdreht, Pupillen etwas erweitert, Gesicht gedunsen, leicht geröthet. Keine Temperaturerhöhung, keine Konvulsionen. Eisüberschläge, Blutentziehung am Kopf. Rückkehr der Besinnung, aber keine Erinnerung an das Vorgefallene. Heftiges Kopfweh,

Ohrensausen, Gliederschmerzen, Bettliegen einige Tage lang. Keine psychische Störung.

Am 27. Okt. Nachts ein ähnlicher, aber mässiger und rasch ablaufender Anfall.

Am 2. Nov. Patient 8 Uhr Morgens sehr verstört, sah das Bett angefüllt mit Kröten und Ungeziefer; ängstliche Unruhe, immer mehr steigend, Herumeilen im Zimmer, Trommeln auf den Ofen; unter Tags P. sehr unruhig, beschäftigt sich fortwährend mit Kröten, Hexen, Juden, Pfaffen etc., von denen er sich verfolgt glaubte. Bald betete er, bald sang er Zotenlieder. Dabei Drang zu entweichen und verzweiflungsvolles Ringen mit dem Wärter. Schlaflose Nacht, am andern Morgen derselbe Zustand. Am 4. Nov. Morgens wird Pat. ruhig, appercipirt richtig, gibt vernünftige Antworten, aber keine Erinnerung an das Vorgefallene.

Am 22.—23. Nov. Nachts stellte sich Kopfschmerz, Eingenommenheit, Schlaflosigkeit ein. Morgens 6 Uhr neuer Anfall. Pat. sprang aus dem Bett, lief im Hemd in den Hof und tobte, zurückgebracht, so heftig, dass ihn 6 Mann halten mussten. Dabei heisser Kopf, Zähneknirschen, Delirien, ängstliche Abwehr eines hallucinatorischen Teufelsbildes. Dauer des Anfalls bis zum 24. Morgens 5 Uhr; Erschöpfung, Einschlafen; nach dem Erwachen ruhiger Zustand. Pat. erzählte später, er habe in der Nacht vom 22.—23., nach Schwindelanfällen am Tage, wieder Erscheinungen gehabt, grade wie vor dem ersten Anfall; er habe den Teufel als alte Judenfrau neben seinem Bett gesehen und Stimmen gehört, als ob dieser ihn holen wolle.

Am 15. Dec. neuer Anfall, mit blinder Wuth; Pat. sprang im Zimmer umher, sah den Teufel, stiess heulende Töne aus, äusserte abgerissene Sätze „ich kanns allein wissen — auf ewig verloren — der Teufel — die Briefe können mich alle nichts nützen — und wenn das Firmament aus den Wolken fällt — etc. Kopf geröthet und heiss. Conjunctiva injicirt, Carotidenpuls voll, frequent. Nach einigen Stunden tiefer Schlaf. Später kein Anfall wieder.

Also auch die sog. Mania transitoria ist oft eine plötzliche melancholisch ängstliche Aufregung, ein verworrener, kurz dauernder Traum mit schrecklichen, finstern Ideen und Phantasmen. Ihr plötzlicher unerwarteter Ausbruch, die Unmöglichkeit, durch äussere Eindrücke den Kranken zur Besinnung zu bringen — was bei dem wirklich Tobsüchtigen häufig, wenigstens für kurze Zeit, möglich ist — die Verfälschung mancher äusseren Eindrücke, das Fehlen der Erinnerung nach dem Anfall — diese Momente bedingen die Aehnlichkeit der M. transitor. mit der Man. epileptica.

Es kommen nun aber auch bei Epileptikern *wirkliche* manische Exaltationen heiteren Charakters vor, die von dem Furor epilept. durch ihre Harmlosigkeit sich unterscheiden.

Nicht immer fehlen die Prodromi der epileptischen Wuth und Zerstörungssucht; manchmal geht ihrem Ausbruch ein stilles, brütendes

Höllenmaschine. Sehr oft sieht man das Zittern der Muskeln des Gesichtes. Psychische Schwäche, Abnahme des Gedächtnisses und der Willens-Energie entsprechen gleichfalls dem paralytischen Charakter des Falles.

In dem Irresein der *Epileptiker* finden wir gleichfalls sehr häufig melancholische Elemente. Schon das Bewusstsein des furchtbaren Leidens, das den Kranken im Publikum kennzeichnet und ihn unselbstständig macht, verstimmt ihn, macht ihn traurig, verzagt, verdriesslich. Diese noch natürliche und begreifliche Stimmung wird verstärkt durch unangenehme, von dem Centralleiden abhängige, allgemeine und örtliche Sensationen; Kopfschmerz, Beklemmung, Mattigkeit etc., welche zur Hypochondrie disponiren. Die Epileptiker sind, wie die Paralytiker, oftmals beherrscht von übertriebenen und falschen Befürchtungen betreffs des Zustandes ihres Körpers und einzelner Organe, und von Vorurtheilen über die Wirkung äusserer Verhältnisse auf den Organismus. Vor dem Anfalle namentlich befinden sich viele in einem höchst peinlichen, traurigen und ängstlichen Zustande, Folge von Allgemeingefühlsstörungen oder Hallucinationen. Sie wissen oft nicht, wo sie bleiben sollen, sie laufen unruhig umher, sie suchen Schutz bei Andern und Erleichterung durch Veränderungen. Bald Befreiung aus dieser Lage wünschend, suchen sie den kritischen Anfall durch verschiedene Mittel herbeizuführen, welche sie aus Erfahrung als den Eintritt der Konvulsionen beschleunigende kennen.

Es gibt bekanntlich wenig Fallsüchtige, die nicht schliesslich im Verlaufe ihres Leidens blödsinnig werden. Diesem Ausgange gehen einestheils oft wiederholte transitorische Delirien voraus, anderntheils treten sie interkurrent auf bei schon bestehendem Schwachsinn. Ihr Inhalt ist fast immer ein *melancholischer*, es sind verschiedene Beeinträchtigungsideen, Verfolgungs- und Vergiftungswahn, Imaginationen grosser Gefahren und Verluste, des nahen Todes etc. Manche Kranke leben bei wachen Augen in einem vollständigen Traumzustande mit illusorischer Auffassung der Aussenwelt. Nach dessen Beendigung erzählen einige von den hässlichen Ideen, den drohenden und finstern Hallucinationen und Illusionen, denen sie preisgegeben waren. Auch die Schlafträume sind oftmals hässliche.

So träumt G., ein 24 Jahre alter Epileptiker, dessen Leiden im 10. Jahre angeblich nach einem Steinwurfe an den Kopf entstand — von zwei Damen in schwarzen Kleidern und schwarzem Flor, die ihm auf dem Spaziergang begegnen und mit ihm nach seiner Wohnung gehen

Hier sieht er an seinem Körper eine Raupe, die ihn schmerzlich beisst. Die Raupe ist dunkelbraun, stark behaart, mit rothen und gelben Punkten auf dem Rücken. Will Pat. die Raupe entfernen, so wird sie immer grösser, sie vermehrt sich, und damit seine Schmerzen. Will er die Kleider ablegen, um die Raupen zu entfernen, so hört er, wie die eine jener schwarzen Damen zu der andern sagt: Bleiben sie fort von diesem Herrn, denn er hat die Todtenraupe an sich. Wacht er dann auf, so wird er durch das Bewusstsein der stattgefundenen Täuschung aus dem höchst unangenehmen Zustande in eine freudige angenehme Stimmung versetzt. Derselbe Kranke delirirt auch im wachen Zustande oftmals, nie in heiteren, immer in hässlichen Ideen. Im Schweisse gebadet, mit furchtbarer Anstrengung presste er einmal im Bette das Kopfkissen unter sich und legte sich mit dem Körper darauf, in der Meinung, ein Ungethüm bewältigen zu müssen. Manchmal erhebt er sich mit offenen Augen und ängstlichem Ausdrucke in seinem Bette und schlägt und stösst nach Jedem, der ihm nahe kommt, da er Angriffe und Gefahren fürchtet. Selbst seine Eltern, die er sonst sehr liebt, erscheinen ihm zu Zeiten als Feinde; man hat seine Krankheit durch schädliche Arzneien, durch Gifte herbeigeführt, man trachtet ihm nach dem Leben, man will ihn beseitigen, er beschuldigt seine Umgebung in jeder Weise.

Die habituelle gedrückte, missmuthige Stimmung dieses Epileptikers wird nur zu Zeiten und auf wenige Tage durch ein heiteres und liebenswürdiges Verhalten unterbrochen.

Angstvolle, trübe, hässliche Ideen und Phantasmen liegen auch gewöhnlich der sog. *Mania epileptica* zu Grunde; sie ist nicht wirkliche Tobsucht, trotz des Lärmens und der gefährlichen Agitation der Kranken, sondern ein melancholisch-hallucinatorisches Delirium. Weit entfernt, dass die Stimmung heiter und ausgelassen, dass das Vorstellen rasch und abundant ist, befinden sich die Kranken vielmehr in einem ängstlichen, düstern Gemüthszustande, beherrscht von hässlichen Phantasmen, gebannt in einen beschränkten Kreis unangenehmer Ideen. Sich verfolgt und bedroht glaubend und im Sinne ihrer Angst und Furcht die Eindrücke der Aussenwelt auffassend, werden sie bitter und feindlich gestimmt, bis zu den gewaltigsten Zerstörungen und gefährlichen Angriffen und Insulten, deren Plötzlichkeit und oft ganz unerwarteter Eintritt, aus Illusionen erklärlich, zur grössten Vorsicht mahnt. In manchen Fällen von Furor epileptic. erfahren wir aus den Aeusserungen der Patienten nicht die inneren Motive ihres bedauernswerthen Verhaltens, und nach Beendigung des Anfalls wissen Viele sich dessen, was sie thaten, gar nicht zu erinnern.

Es gibt Epileptiker, die permanent reizbar, boshaft, rachsüchtig und zu den schlimmsten Handlungen geneigt sind. Um diese gefährlichen Individuen richtig zu beurtheilen, hat man dem Grunde ihrer moralischen

nesung zurückschreitet. Häufig ist diese Störung auch unheilbar. Grässliche Handlungen verschiedener Art, Brandstiftung, Selbstmord etc. sind nicht seltene Folgen.

(Schluss folgt.)

Das Publikum und die Irrenanstalten.

(Aus und nach der Abhandlung Dr. *E. Sheppard*'s zu Colney Hatch im Journal of Mental Science, April 1867.)

In der Verwaltung grosser Asyle ereignen sich manchmal Vorfälle, die uns darüber nachdenken lassen, wie wenig im Allgemeinen die menschliche Gesellschaft mit den Zuständen bekannt ist, in welche der Mensch durch die Geisteskrankheit versetzt werden kann. Wir erfahren gleichzeitig, wie rücksichtslos und unvernünftig von den draussen lebenden Menschen der unvermeidliche Zustand Mancher, welche den Schutz unserer Asyle nachsuchen, beurtheilt werden.

Jeder Anstaltsdirektor hat schon erfahren, wie leicht die Angehörigen der Kranken annehmen, dass schlechte Behandlung und Vernachlässigung derselben zur Tagesordnung gehören. Zeigt sich eine Quetschung bei einem schwachen und hilflosen, eine Schramme im Gesicht eines heftigen und aggressiven Kranken — so beschuldigt man Jemanden vom Anstaltspersonal. Beulen und Striemen, Zank und Streit sind ja unbekannt in der grossen Welt da draussen! Da liegt der Leopard mit seinem Jungen, und ein kleines Kind führt sie! Und wir sollten in unsern Asylen nicht ebenso glücklich sein? Das bedenkt das Publikum nicht, dass die Kranken uns zugeführt werden *wegen* ihrer Heftigkeit, *wegen* ihrer Körperschwäche, *wegen* ihrer Selbstverletzung, *wegen* ihrer epileptischen Anfälle und anderer Zustände, die sie namentlich zu Verletzungen anderer und ihrer eigenen Person geneigt machen.

Keine Kontrole, sei sie auch noch so wachsam, kann Kranke dieser Art vor *jeder* Möglichkeit eines Unglücks schützen; das hiesse etwas Unvernünftiges und eine unmögliche Disciplin vom Anstalts-Direktor fordern. Wer die Neigungen des heftigen Maniacus, des Epileptikers, des schwachen und unsichern Paralytikers beobachtet, würde erstaunen, wenn irgendwo die Folgen dieser Neigungen ganz und gar verhütet werden könnten, dass sie möglichst verhütet werden *sollen*, ist klar;

dass sie möglichst verhütet *werden*, ist ebenso wahr. Der Organismus unserer Asyle dient diesem Zwecke. Aber nirgends ist eine Maschine so vollkommen, dass gar keine Unfälle vorkommen, trotz all' unserer Anstrengungen.

Vor drei Jahren wurde ein blinder, paralytischer, sehr schwacher Kranker in einem grossen Asyle aufgenommen. Er litt an verschiedenen Wahnideen, glaubte, dass man ihn verfolge und ermorden wolle. In seiner Angst und um seinen Verfolgern zu entfliehen, wollte er einmal des Nachts an den Wänden des Polsterzimmers hinaufklimmen. Nachdem er stundenlang vergeblich daran gekratzt und gerieben hatte, gewann er zuletzt einen Halt für den einen Fuss, so dass er sich zu einem durch einen Laden verschlossenen Fenster hinaufziehen konnte. Aber er glitt aus, fiel und verwundete sich die Nase und das Gesicht erheblich. Der Anstaltsdirektor, der um 2 Uhr Morgens die Runde machte, hörte den Fall nebst dem Schrei „Mörder!" Er fand den Kranken blutend und um Gnade bittend. Sein Gesicht schwoll nach einigen Stunden bedeutend auf, und die Augen waren unterlaufen. Es war grade Besuchstag im Asyle, und die Frau des Mannes kam um 11 Uhr Morgens. Der Kranke erzählte ihr, dass er in der Nacht von Mördern überfallen sei; die Frau, durch seinen Anblick erschreckt, glaubte, dass er von den Wärtern misshandelt sei. Es hielt schwer, sie zu beruhigen und von der wahren Ursache seines Zustandes zu überzeugen. Wenn dieser Mann nach einigen Tagen gestorben wäre, so würde die Frau vielleicht eine Todtenschau verlangt haben, und, anbetrachts der Entstellung des Todten und anbetrachts der Neigung gewöhnlicher Leute, die plötzlich eine offizielle Würde und Verantwortlichkeit bekommen, sogleich gewaltsame Verletzung vorauszusetzen, würde es schwer gehalten haben, die Jury zu überzeugen, dass der Tod nicht durch Misshandlung verursacht worden sei.

Vor drei Tagen wurde in demselben Asyle ein paralytischer und schwacher Kranker aufgenommen, den gleichwohl seine Angehörigen für kräftig hielten. In der Nacht nach der Aufnahme hatte er einen epileptiformen Anfall, er wälzte sich im Polsterzimmer umher, und an beiden Augen entstanden Sugillationen. Wenn seine Familie ihn sähe, bevor sein Aussehen wieder natürlich geworden, so wird sie wahrscheinlich an eine Misshandlung glauben. Wenn der Mann plötzlich sterben sollte (was nicht unwahrscheinlich ist), bevor die Familie ihn gesehen, und bevor die Verletzung verschwunden ist, so wird die Sache noch schlimmer sein. Niemand sah, wie die Blutunterlaufung entstand, aber für den Anstaltsarzt ist es klar, dass der Mann im Krampfanfall ohne Bewusstsein sie selbst verursachte. Bei der Todtenschau wird die Jury wahrscheinlich den Argwohn und den Unwillen der Familie des Todten theilen und, anstatt die Sache wohl und genau zu untersuchen, sich zur Partei des vermuthlich misshandelten Mannes machen. In Ermangelung direkter Beweise eines gewaltsamen Todes wird man dann einige weitere und beleidigende Bemerkungen dem officiellen Befunde „Natürlicher Tod" anhängen.

Das sind charakteristische und sehr belehrende Fälle. Das Publikum beurtheilt und bespricht sie wie auf eine verabredete Weise. Theil-

nahme zeigt man, wo man nicht darum bittet, Unrecht fügt man zu, wo es nicht verdient ist. Es ist daher gut, solche Fälle zur Kenntniss des Publikums zu bringen, damit es wo möglich sieht, wie leicht unschuldige Personen dennoch beschuldigt oder wenigstens in liebloser Weise beurtheilt werden.

Da die Geisteskranken unter allen Menschen die hülflosesten und am wenigsten verantwortlich sind, so ist es wahrlich ganz recht, dass sie jeden Schutz geniessen sollen. Diesen haben sie jetzt auch, und gewiss ist es, dass die meisten Fälle von Grausamkeit und Vernachlässigung an's Licht gebracht werden. Dank der unbeschränkten Humanität der modernen Behandlung, Dank der Oberaufsicht der Kommissioners, der Behörden, der Armen-Verwaltung und Dank der Presse — von allen Unterthanen Englands geniessen sie den grössten Schutz. Einen weit sicheren Schutz gewährt ihnen aber die Einsicht derer, welche für sie zu sorgen haben, die Einsicht nämlich, dass ihr gutes Betragen und ihre Heilung abhängt von einer gütigen und vernünftigen Behandlung.

Doch müssen wir bei den manchmaligen beunruhigenden Vorfällen fragen, ob unter all jenen Privilegien und all jenem Schutze nicht manchmal die Gerechtigkeit gegen diejenigen gesunden Personen leidet, welche für die Anstaltsadministration verantwortlich sind. Wird nicht jede Untersuchung betreffs der allgemeinen Behandlung der Irren von Argwohn Seitens Derer geleitet, die untersuchen sollen? Neigt man nicht zu Vorurtheilen betreffs der Motive und der Thatsachen, welche eine besondere Untersuchung veranlassten? Ist das Publikum, welches überfüttert ist *mit*, und doch sich sehnt *nach* Sensations-Nachrichten, ist es nicht unfähig, ruhig und leidenschaftslos über zweifelhafte und solche Dinge zu urtheilen, welche die entfernteste Aehnlichkeit mit Schlechtigkeiten haben? Vielleicht ist das Publikum weniger zu tadeln, als die Presse, welche ihm oft einen verkehrten Geschmack beibringt und giftige Uebertreibungen auftischt.

In dem grossen Asyle, aus dessen Journalen die obigen Fälle entlehnt wurden, ereignete sich kürzlich Folgendes:

Im Jahre 1866 machte Jemand (vermuthlich war es ein Wärter, der wegen Unredlichkeit und schlechter Behandlung der Kranken entlassen war) der Kommission für's Irrenwesen die Anzeige über grausame Behandlung auf der Männer-Abtheilung zu Colney-Hatch, wobei er zwei Kranke namentlich bezeichnete. Er sagte aus, dass der eine Namens

Harrison zehn Nächte hinter einander in einem Zimmer ohne Bett und ohne Bekleidung sich aufgehalten habe, und dass der andere Namens Hobbs in gleicher Weise 140 Nächte nacheinander während des Winters von 1864—65 eingeschlossen gewesen sei. In Folge dieser Anzeige forderte die Kommission den Arzt der Männer-Abtheilung auf, einer Konferenz ihrer Mitglieder beizuwohnen. In dieser wies er auf die Ungenauigkeiten und Uebertreibungen der Anzeige hin, gab indessen zu, dass jene Kranken einige Nächte lang in ihrem Zimmer ohne Bett und Kleidung sich aufgehalten, wegen hartnäckiger Zerstörungssucht, der man ohne Zwangsmittel, die er nicht billige, nicht entgegen wirken konnte. Hobb's Einschliessung im nackten Zustande dauerte nur 4 Nächte anstatt 140; er war nur 67 Tage lang im Asyle; bei Harrison waren es auch nur 4 Nächte, mit langen Zwischenzeiten.

Aber trotz dieser klaren und genauen Angaben wiederholten alle Zeitungen die unwahre Anzeige des Denuncianten als wahre Mittheilung von Thatsachen und basirten darauf ihre Bemerkungen. Selbst ein medizinisches Journal hat mit einer Sorglosigkeit, für die man keine besondere Bezeichnug finden kann, all' die Einzelheiten des Falles verkehrt dargestellt. Man sieht, wie schwer es ist, der Neigung zu Uebertreibungen, die Sensation erregen, zu widerstehen.

Soweit in Kürze der erste Theil der Abhandlung Dr. *Sheppard*'s. Seine richtigen Bemerkungen passen ebenso gut für das Publikum des Kontinents. Wir sind mit ihm der Ansicht, dass man Vorfälle und Zustände in Anstalten, die leicht einer falschen Beurtheilung unterliegen, zur Kenntniss des Publikums bringen soll. Leider haben wir aber erfahren, wie wenig das grosse Publikum sich interessirt für *Belehrungen* über das Irresein und Irrenanstalten; es hat viele andere Interessen, unter denen es freilich nicht vergisst, das Piquante und Mystische aus den Asylen zu beschwätzen. Erst die Zunahme des Irreseins bis zum Schrecken der Menschheit, die Vermehrung und Zerstreuung der Asyle im Lande, die klinische Ausbildung aller Aerzte auch in der Psychiatrie — werden das in Sachen des Irrenwesens noch ignorante Publikum endlich mehr und mehr aufklären und die vielfachen alten Vorurtheile allmälig beseitigen. Es kann aber immerhin nicht schaden, die praktischen Aerzte, welche mit den Familien der Anstaltskranken gewöhnlich in Verbindung stehen oder treten können, so oft als möglich auf unvermeidliche Vorkommnisse in Anstalten hinzuweisen. Beispiele finden sich überall.

Ein junges Mädchen wurde in einem Anfalle transitorischen Irreseins in die Anstalt gebracht. In ihrer Aufregung hatte man sie zu Hause an den Armen mit Gewalt festgehalten. Sie entsprang am Morgen vor der Aufnahme fast nackt und konnte nur, bei ihrem Widerstande über die Haustreppe zurückgeschleift werden. An ihren Armen und Beinen fanden sich viele Sugillationen. In der Anstalt standen zwei Wärterinnen an ihrem Bette. In fortwährender Agitation schnellte sie sich einmal aus dem Bette; es gelang noch eben, ihren Kopf vor einem heftigen Anprall auf den Fussboden zu schützen.

Ein an chronischer Melancholie leidender, schwacher, schlecht genährter, der Tuberkulose verdächtiger junger Mann bringt schon seit Monaten dieselben Aeusserungen tagtäglich vor: ich muss fort, ich darf nicht hier bleiben, man schlägt mich, Alle schlagen mich, man betrügt mich, ich will nicht essen, man gibt mir schlechte Speisen etc. Der Kranke hat Gehörshallucinationen. Oft, wenn man sein Zimmer verlässt, drängt er nach, klemmt sich zwischen die Thür, drückt und stösst mit den Knieen an die Thürkante etc. In Folge dessen entstehen manchmal Sugillationen, die man auch Insultirungen Seitens des Wärters zuschreiben könnte. Fremde würden hieran auch zunächst denken, zumal wenn sie die Klagen des Kranken über Schläge mit anhörten. Warum sollten solche Injurien nicht auch in Asylen möglich sein? Sind doch die Aerzte und Wärter nicht andere Menschen, als die da draussen lebenden, von denen man noch nie gehört hat, dass sie ohne Leidenschaft und Schwächen sind. Kann die Welt es fertig bringen, dass in Asylen nur Heilige die Irren bewachen und pflegen? Aus welchen Klassen kommen den Anstalten die Wärter? Auf welche harte Proben wird ihre Geduld durch die Kranken gestellt! mit wie vielen Widerwärtigkeiten haben sie zu kämpfen! wie schwierig ist ihr Amt! Solche Erwägungen sollten das Urtheil des Publikums mildern. Nicht gegen den Arzt sollte man sich wenden, sondern über ihn hinwegsehen nach den Uebelständen und Unvollkommenheiten der Menschheit, die sich auch in die Asyle, als menschliche Einrichtungen, hineinerstrecken, und die der einzelne Arzt nicht total auf seinem Terrain beseitigen kann. Man sollte auch die kleine Welt des Irrenhauses mit dem grossen Irrenhause, der Welt, vergleichen! wie viel besser steht es dort um die Kranken als hier! Wie viel mehr sind die Bewohner der kleinen Welt geschützt, als die der sie umgebenden grossen. Solche Thierquälereien

und solche Skandale, wie in dieser, sind in jener doch jedenfalls ungeheuer viel seltener. Grade weil sie so selten sind, ist das Geschrei über sie im Publikum und in der Presse desto lauter und unbündiger. Und weil der wahre Sachverhalt und die natürlichen Ursachen unbekannt sind, kursiren Unwahrheiten und Unnatürlichkeiten.

Man vergisst auch die Quelle der Gerüchte. Sie rühren her von ungeheilten Kranken oder von entlassenen Wärtern. Beide übertreiben, entstellen, lügen, und so hat jede Anstalt ihre Tadler nnd Feinde neben den Freunden, welche ihnen aus den und durch die *geheilten* Kranken werden.

Es ist namentlich eine gewisse Klasse ungeheilter Kranken, die an Beeinträchtigungswahn leidenden, dabei eitlen und dünkelhaften, sich nicht für krank haltenden Irren, welche in ihrer bitteren Stimmung nicht müde werden, gegen die Anstalten zu raisonniren und leicht um so mehr Glauben finden, als sie gewöhnlich *nicht* irre erscheinen.

Was kennt das Publikum, was wissen sogar manche Aerzte von der Folie raisonnante! Man hält nur den für irre, der total unsinnig spricht oder durch sein Treiben die Stadt alarmirt. Geordnete Gespräche und ruhiges Verhalten kann man mit Irresein nicht zusammenfassen. Aber wie häufig findet sich dieses Ensemble!

Ueber den Umgang mit Geisteskranken.

Von Dr. Sinogowitz.

Die Geisteskranken haben nicht selten ein weiches, erregbares Gemüth; versteht es der Arzt den Weg zu diesem hin einzuschlagen, und das wird er, wenn er seinen Kranken kennt, so gleicht sich durch seinen Einfluss oft genug jede Verstimmung aus, ein friedliches Regiment wird in seiner Anstalt bald bemerkbar. Der Fremde bewundert in solch einer Anstalt die herrschende Ruhe und das freundliche Entgegenkommen der Kranken, den gemüthlich ruhigen Umgang der Kranken unter sich und mit ihren Wärtern, und den des Arztes mit allen Genossen der Anstalt. Mit einer gewissen Freudigkeit erinnere ich mich solcher Momente, wenn ich bald den heftig aufgeregten Zorn eines

Wärters durch einige Worte besänftigte, bald die vertraulichen Mittheilungen des lang genährten Hasses einzelner Kranken gegen einen Mitkranken oder einen Wärter, durch wenige Erläuterungen, zuweilen nur durch eine Geberde entwaffnete. Wenn der Schwermüthige seinen Wärter für eine ihn immer drückende, gewaltige Macht erklärte, die ihm überall geistig und körperlich hemmend entgegentrete, und ich ihm dann seine Idee von der Allmacht seines vermeintlichen Feindes in ihrer nackten Wahrheit darstellte, dem angeklagten Wärter vor seinem Kläger Alles nahm, nur nicht das Pflichtgefühl und den guten Willen: seinen Kranken zu nützen und seinen Vorgesetzten zu gehorchen; dann geschah es zuweilen, dass der vorher heftig erzürnte Kranke alle Anklagen für immer abbrach und freundlich mit seinem Wärter blieb. „Aber wer ist denn eigentlich derjenige, (rief ein solcher Melancholicus, als er das Gebäude seines Hasses so zerfallen sah) der hier alle diese Abscheulichkeiten, diese Tyrannei ersinnt und ausführt; frage ich Sie als den Arzt in diesem Hause, der doch von Allem zu wissen scheint?“ Das sind, antwortete ich, die Gesetze der Anstalt, denen wir alle zusammen gehorchen müssen. — „Dann will ich nicht mehr in dieser Anstalt sein, ich will meinen guten Wärter mitnehmen und mit ihm leben, wo es nicht so ist; sie können auch zu mir kommen als Arzt und Freund.“ — Das wird ausführbar sein (antwortete ich), so wie es bekannt wird, dass Sie sich den Gesetzen hier die bestimmte Zeit hindurch willig gefügt, die Ruhe nicht gestört, und mit ihrer Umgebung und mit sich selbst in Frieden gelebt haben. Sie sehen, wie hier öfters von ihren Gefährten solche aus der Anstalt entlassen werden, von denen man jene Ueberzeugung gewonnen hat; ich hoffe dieses auch an Ihnen zu erleben, da ich mich so eben überzeugt habe, wie bald Sie ihre irrigen Ansichten über ihren gutmüthigen Wärter aufgegeben haben. Ich werde nicht unterlassen darüber zu berichten und hoffe, so gute Berichte über Sie bald wiederholen zu können, wodurch Sie dem Ziele ihrer Wünsche immer näher rücken müssen.

(Forts. folgt.)

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 10. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.

Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen. **Dr. Brosius**, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Das melancholische Element im Irresein. (Forts.) Die Lokalversammlung der südwestdeutschen Psychiater in Stuttgart am 18. und 19. Okt. Ueber den Umgang mit Geisteskranken (Forts.) — Literatur.

Das melancholische Element im Irresein.

(Fortsetzung statt Schluss.)

Das Irresein der Hysterischen lässt sich in manchen Fällen nicht als melancholisches bezeichnen. Es erscheint, namentlich bei jungen Mädchen, auch als akutes Delirium, plötzliche Verwirrung mit raschem Wechsel von Traurigkeit und Heiterkeit, mit Erotismus, sonderbaren Handlungen. Dieses Delirium gleicht dem der Epileptiker durch das häufige Fehlen jeder Erinnerung an den Anfall, und in manchen Fällen ist es eben so plötzlich und transitorisch wie bei jenem. Die äussere Agitation verschafft ihm den Namen „Manie“, obgleich auch hier der Grundzustand meistens von dieser ganz verschieden ist.

Beispiele hysterischen Irreseins.

R. 29 J. alt. Nervöse Mutter, die in der Schwangerschaft mit R. durch den Tod ihres eigenen Vaters und zweier Kinder alterirt wurde. Pat. immer ein schwächliches Kind, das schon früh Chinin und Champagner erhielt zur „Stärkung der Nerven“. R. verlor 13 J alt ihren Vater auf eine ungewöhnliche, traurige Weise, was sie so affizirte, das sie mehre Wochen ohne Bewusstsein da lag und man für ihr Leben fürchtete. Ihre Menses waren immer profus und mit heftigen Schmerzen im Unterleib verbunden. Im 24. J. verheirathete sich R. Die Ehe blieb kinderlos. Im ersten Jahre derselben wahrscheinlich ein Abortus. Im zweiten Jahre Schlag auf den Kopf, durch den Deckel eines Koffers, aus dem R. ein Kleid nehmen wollte. Seit der Zeit öfters Schwere und Eingenommenheit des Kopfes, ein lästiges Gefühl auf der Höhe des Scheitels. In den folgenden Jahren Behandlung eines Uterusleidens,

Kauterisationen mit Lapis, Gebrauch von Stahlwasser. Früher schon Seebäder. Fünf bis sechs Monate vor dem Beginne der Psychose Abnahme der dysmenorhoischen Schmerzen.

Nach Mittheilung der Familie ist R. stets ängstlich, furchtsam, misstrauisch, eigenwillig und voll Eigenliebe gewesen. Jede Kleinigkeit setzte sie in Alteration; sie fürchtete gleich das Schlimmste. Ihr Mann durfte keinen Brief schreiben, ohne dass sie ihn las Dabei angeblich keine Eifersucht. Sie wurde schon früh im elterlichen Hanse und später von ihrem Manne verwöhnt. Eine Salondame arbeitete sie wenig, las, schlief, machte Besuche und besuchte Gesellschaften und Theater. Sie soll immer etwas beschränkten Verstandes gewesen sein.

Man schob den Ausbruch des Irreseins verschiedenen Ursachen zu, u. A. dem Gebrauche grosser Dosen Opium, welche Pat. ihrer Angabe nach zur Linderung der Schmerzen während der Menses gebraucht hatte; ein Gynäkologe leitete das Irresein von der Dislokation des Uterus ab, während nach der Bemerkung eines psychiatrisch gebildeten Arztes die Psychose schon vor dem Uterinleiden begonnen hatte. Jedenfalls war diese durch die hysterische Konstitution der verwöhnten und kränkelnden Salondame hinlänglich vorbereitet.

Die ersten Symptome des Irreseins waren Befürchtungen. Pat. sprach von dem »Gerüchte“, dass in der Administration, deren Chef ihr Mann ist, Missbräuche stattgefunden, und er in eine Untersuchung verwickelt sei. Ihre grosse Eigenliebe war im höchsten Grade verletzt, ihr Misstrauen auf's höchste erregt, — eine Potenzirung ihres natürlichen Wesens. *Ueberall* sprach sie von dem „Gerücht“, bei Jedem forschte sie nach, was Wahres an der Sache sei. Aber Niemand wusste etwas von dem Gerücht, dessen Inhalt ihre ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nahm. Sie sprach von nichts Anderem, forschte in allen Papieren und Briefen ihres Mannes nach, nahm zu Lügen und Finten, die Hysterischen eigenthümlich sind, ihre Zuflucht, um Entdeckungen zu machen. Je weniger sie fand, desto erregter wurde sie. Im Laufe zweier Monate stieg ihre Unruhe immer mehr. Sie wurde während dieser Zeit auf den Uterus behandelt und erhielt Bromkali. Ueberall sah sie Gefahren für ihren Mann; man werde ihn hängen, erschiessen. Dabei schwur sie beständig in exaltirter Weise „nicht zu wissen, warum Jeder ihr sage, es sei gar Nichts an der Sache.“ Pat. magerte ab. Die Nächte waren im Ganzen ruhig. Nach dem Frwachen Exacerbationen der melancholischen Angst, nach Mittag Remissionen. Endlich Konsultation eines Irrenarztes, der ein heftiger Paroxysmus folgte. Pat. sah in dem ihr noch unbekannten Arzte einen Polizei-Agenten; sie versuchte, sich das Leben zu nehmen. Der Anfall wiederholte sich am folgenden Tage. Acht Tage darauf trat sie in's Asyl ein.

Eine kleine, zarte, blasse, muskelschwache Dame, das Bild der Blutarmuth und Nervosität. Unruhig bei der Aufnahme, unfähig an einem Platze etwas lange auszuharren, Alles misstrauisch untersuchend, Jeden argwöhnisch betrachtend. Sie liess ihren sie begleitenden Mann nie allein. Bei Allem, was man sagt, fragte sie nach; sie forschte nach dem Grunde jeder Bewegung und Handlung und verstand Alles im Sinne ihrer Angst. Die Speisen untersuchte sie genau und fürchtete von ihnen Nachtheil. Finstere Ideen erfüllten sie, sie fürchtete für ihren Mann, dem sie Unrecht gethan, der unglücklich und verloren sei. In

den 3 folgenden Tagen nach der Aufnahme mehre heftige Anfälle von Angst und Verzweiflung, mit kleinen konvulsivischen Bewegungen, weiter Pupille, Trieb zu zerstören und sich selbst zu verletzen. Puls 100 bis 108. Morgens Chinin gr. 3. Ueber Tag eine halbe Flasche kräftigen Rothwein. Vier Tage nach der Aufnahme Eintritt grösserer Ruhe und längeren Schlafes, der sich auf 15, 16, später manchmal bis auf 30 und 36 Stunden ausdehnte und mit Unterbrechungen von einigen Minuten bis zu mehren Stunden *in dieser Weise ungefähr 6 Wochen lang andauerte.* In den kürzeren oder längeren Zwischenzeiten des Schlafes ass und trank Pat. wenig oder gar nichts; sie refüsirte wohl die Nahrung mit der Bemerkung, sie habe keine Lust zu essen, der Schlaf allein werde sie gesund machen. Mitunter nahm sie auf starke Nöthigung Kleinigkeiten zu sich, Milch, Hühnerfleisch, Brod, Wein, mitunter nahm sie solche freiwillig. Die steigende Abmagerung und übler Geruch aus dem Munde veranlassten, nach einigen Wochen, die künstliche Fütterung, welche im Schlafe leicht war; Milch, Bouillon mit Ei, Wein etc. wurden zu verschiedenen Zeiten in den hinteren Theil des Mundes gebracht und bequem hinuntergeschluckt. Bei gutem Wetter wurde Pat. auf einem Sopha in's Freie gebracht, wo sie gleichfalls ruhig und bewegungslos schlief. Manchmal im Wachen stand Pat. auf, ging an's Spiegel, wusch sich, kleidete sich, gebrauchte den Nachtstuhl, sah sich das Zimmer an etc. und legte sich dann wieder nieder und schlief ein. Von ihren Bewegungen im Wachen wollte sie später, wieder erwachend, keine Erinnerung haben. Es kamen auch sonst viele Sonderbarkeiten und Wunderlichkeiten, auch Andeutungen von Somnambulismus vor. Zuletzt befestigte sich der Verdacht, dass Pat. den Schlaf, der in den ersten 4—6 Wochen ein wirklicher schien, simulirte. Sie liess sich noch mehre Wochen lang futtern bei geschlossenen Augen, ohne dass sie schlief, wobei sie das ihr nicht Behagende mit der Zunge zurückstiess oder ausspie, sie nahm allmälig grössere Portionen zu sich und entschloss sich zuletzt, auch im Wachen, d. h. bei offenen Augen, und ohne Fütterung zu essen und zu trinken. Die Ernährung nahm in erfreulicher Weise zu, bei immer regerer Esslust, Bewegung im Freien und richtigem Verhältnisse zwischen Schlaf und Wachen. Die Menses waren stets regelmässig, aber sparsam gewesen; das Blut dünn und blass, keine abdominalen Schmerzen. Die *frühere* melancholische Angst war verschwunden, Pat. aber nicht ganz frei von allen Befürchtungen; sie scheute sich einmal, misstrauisch, einen ihr hingesetzten Sessel zu benutzen, das andere Mal wollte sie ihre Speisen und Getränke nur aus gewissen Tellern und Tassen geniesen, dann bat sie ihre Umgebung wieder, Dieses oder Jenes nicht zu essen, sie konnte manchmal den Arzt nicht mit zugeknöpftem Rocke sehen, öffnete denselben selbst, als ob sie etwas Verborgenes fürchte; fremde Personen erregten noch ihre besondere Aufmerksamkeit; sie lief und schaute ihnen nach, betrachtete sie aufmerksam, machte draussen unter dem Fenster anderer Patienten sonderbare Bewegungen, verbat sich den Besuch gewisser Personen, während sie den anderer wünschte, etc. etc. Obgleich sie keine Wahnideen aussprach, waren solche doch durch ihr Benehmen angedeutet, ihr Inhalt blieb aber unbekannt. Dabei manche Symptome von Hysterismus, Klagen über allerlei Sensationen, Zittern der Augenlider, Globus, Launenhaftigkeit, Eigenwille und Eigensinn. Manchmal liess sich nicht entscheiden, ob ein Symptom, z. B. die Vorliebe für eine Farbe (grün, blau), die Scheu

vor einer anderen (roth, schwarz), die Wahl eines besonderen Weges, die Vermeidung eines andern, und sonstige Wunderlichkeiten und auffallende Manieren, an denen dieser Fall reich war, aus einer Wahnidee oder augenblicklicher Befürchtung resultirten oder hysterischer Natur, Folge besonderer Sensationen und Launen waren, des natürlichen Eigenwillens, des Strebens, Aufsehen zu erregen, Andere in Bewegung zu setzen etc. Eine Zeit lang trat *Erotismus* in den Vordergrund des Krankheitsbildes; die sprachlichen Aeusserungen der Patientin bekundeten sexuelle Hallucinationen und Gelüste, ihre Attitüden waren verliebter Art, sie entblösste sich oft beim Eintritt des Arztes, verlor die bisherige Rücksicht auf Decenz, entkleidete sich und ging auf ihrem Zimmer nackt umher. Dabei oft urplötzliches und lautes, anhaltendes Lachen, dessen Grund unbekannt blieb Einmal während dieser, einige Wochen umfassenden, Zeit suchte sie, unter lauter Agitation und sonderbaren Bewegungen, nach einem fremden Manne zeigend, eine gewisse Angst und Hast verrathend, im Garten sich ihrer Kleider zu entledigen, und kostete es zwei Wärterinnen grosse Mühe, sie mit ihren Kleidern umhüllt in ihr Zimmer zurückzuführen. In dieses eben so unangenehme, als mannichfach räthselhafte Verhalten mischten sich auch *religiöse* Vorstellungen. Pat. deutete das Nacktsein Christi an, sie sprach von dem Schweisstuche und gestikulirte oft mit einem weissen Leintuche etc., wie denn auch früher schon an besonderen Kirchentagen Aeusserungen und Bewegungen erfolgten, die auf religiöse Erinnerungen zurückgeführt werden konnten. Beispielsweise um die Zeit des Tages der Enthauptung Johannis wollte Pat. nicht *runde* Kartoffeln essen, die an das Haupt dieses Heiligen erinnerten.

Ihr Verhalten wurde, entsprechend der körperlichen Kräftigung, allmälig natürlicher. Sie begann zu arbeiten, auf dem Zimmer und im Freien, sie nahm Theil an Gesellschaften, ohne Irresein zu verrathen, sie sprach vernünftig und bewies die Rückkehr natürlicher Gefühle, sie war freundlich und dankbar gegen ihre Umgebung. Man entdeckte bei ihr durch die Krankheit bisher verdeckte edle Eigenschaften des Herzens und Gemüthes. Fast nur ihr häufiges, lautes mit lebhaften Attitüden verbundenes Lachen, das allerdings manchmal durch lächerliche Eindrücke erregt wurde, dessen Grund aber häufiger unbekannt blieb, liess noch latente Anomalien vermuthen neben den offenbar hysterischen Symptomen, die zum relativ gesunden Natürell der Dame gehörten. Bei einem Ausfluge in eine benachbarte grössere Stadt, wo Pat. auf der Reise in's Asyl übernachtet hatte, trat denn auch wieder melancholische Angst ein, mit heftigem Lachen und ganz auffallendem, aber räthselhaftem Benehmen, welches ihre Begleiter veranlasste, den dringenden Wunsch und die flehenden Bitten der Kranken, sie rasch in's Asyl zurückzuführen, auch rasch zu erfüllen. Am folgenden Tage war Pat. wieder ganz ruhig. Sie klagte über Kopfschmerz und bezeichnete die alte Stelle, auf der Höhe des Scheitels; sie wünschte im Bette zu bleiben. Die Menses traten ein, und zwar unter Schmerzen, welche sie *vor* dem Beginne des Irreseins begleiteten, während desselben aber bisher nicht mehr geäussert waren. Sonstige Symptome von Uterus-Erkrankung fehlten. Nach einigen Tagen verliess sie das Bett und war, wie vor jenem Ausfluge, mit Ausnahme des zeitweisen Lachens, natürlich, arbeitsam, ohne Angst und Verwirrung. Sie gab an, sie habe entfernt von der Anstalt gefürchtet, *dass man sie mit einem Stilet ermorden werde.* So war also aus dem

Hysterismus das melancholisch-ängstliche Element noch nicht zurückgetreten; das Irresein existirte noch, war aber mehr latent. Der Fall hat beinahe ein Jahr unter verschiedenen Schwankungen und Phasen gedauert, und sein Ausgang ist, trotz der unzweifelhaften Besserung, dennoch zweifelhaft.

Man darf behaupten, dass bei hysterischen Frauen das Irresein gern *chronisch* wird, und wir begegnen hier Fällen, die reich sind an sonderbaren, oft räthselhaften Symptomen und ebenso reich an Schwierigkeiten der Behandlung. Die Schwierigkeiten wachsen, wenn uns die früheren Lebensverhältnisse dieser Kranken in ihren Einzelnheiten unbekannt sind, oder wenn wir es, wie so häufig, mit verwöhnten, schlecht erzogenen Individuen zu thun haben, oder mit unvernünftigen Familien, die ohne Einsicht in das Wesen dieser Fälle gleichzeitig nicht selten zu ihrer Entwicklung und Gestaltung das Ihrige beigetragen haben. Solche alte Fälle zeigen manchmal eine kolossale Verwahrlosung und Entartung nach verschiedenen Seiten, in der es dem mit den Antecedentien unbekannten Arzte schwer wird, die Effekte fehlerhafter Erziehung und langjähriger Verwöhnung und Angewöhnung von den der hysterischen Neurose und Psychose angehörenden Elementen zu unterscheiden. Aber auch in diesen verjährten Fällen wird man nach sorgsamer Beobachtung das melancholische Element entdecken, den Wahn der Beeinträchtigung, feindlicher Gesinnung Seitens der Umgebung, nachtheiliger Wirkung verschiedener Agentien, welcher Wahn durch Hallucinationen und Illusionen allerlei Art erregt und unterhalten wird. Mit solchen Kranken wird man dann nie fertig; sie reagiren durch Argwohn, Misstrauen und Erbitterung auf alle Versuche mit ihnen, sie sind für Belehrungen, Argumente, psychisch moralische Behandlung unzugänglich und weisen auch eine somatische Behandlung oft genug zurück, da sie nicht an ihre Krankheit, sondern an krank machende, feindliche Einflüsse, nicht an fremde Theilnahme, Aufrichtigkeit und Güte, sondern nur an Bosheit, Spott und Intriguen glauben. Dazu kommt dann noch ihre hysterische Eigenliebe, Eigenwille und Launenhaftigkeit. Während sie so die Verhältnisse, in denen man sie ungestört ihrem Egoismus und ihren Launen überliess, und die Personen loben, welche ihnen nachgaben, schmeichelten und ihrer Behauptung, gesund zu sein, beistimmten — eine leichte, aber ganz unverantwortliche Manier, um mit diesen Kranken halbwegs auszukommen — sind sie auf's Aeusserste erbittert gegen die Anstalten und Aerzte, denen sie schon

anvertraut waren. Die Familien in ihrer Rathlosigkeit und oft genug berathen von unkundigen Personen, bringen nicht selten diese unglücklichen, hysterisch-melancholischen Kranken, die nicht immer oder nicht Allen krank erscheinen, bald hierin, bald dorthin, in Bäder, Wasserheilanstalten, auf's Land, zu fremden Familien, abwechselnd auch in Asyle, mit denen auch wieder gewechselt wird; bald werden sie durch die Unlenksamkeit dieser Kranken, durch Schwierigkeiten und Skandale, die sie machen, bald durch Mitleid mit ihnen, durch Nachgiebigkeit gegen sie, durch Leichtgläubigkeit, bald wieder durch die Hoffnung auf noch mögliche Besserung bestimmt.

Eine Frau, Mutter mehrerer Kinder, lebte seit 4 Jahren im Auslande, bald, gewöhnlich nur kurze Zeit, in Asylen, bald in der Familie eines Arztes, bald auf dem Lande oder in Hôtels. Auf Anrathen ihres von ihr getrennten Mannes, reiste sie freiwillig und ganz allein zu mir und kam hier an nachdem sie ohne alle Begleitung in grossen auf der Route liegenden Hôtels übernachtet hatte; aus dem letzten erfuhr ich bald nachher die wunderlichsten Dinge über sie. Da sie unerwartet kam, musste ich sie bei Mangel an Raum zunächst in einem Hôtel in der Nähe unterbringen. Aber schon folgenden Tages bat mich der Gasthofsbesitzer, sie in die Anstalt zu nehmen, da sie durch ihr lautes und sonderbares Verhalten die übrigen Gäste störe und ängstige; sie sei ganz verrückt. Pat. verliess willig das Hôtel und bewies bald im Asyle die Richtigkeit der Beobachtung des Gastwirths. Inzwischen hatte ich ihre Krankheitsgeschichte erhalten.

Früh eine Waise — die Mutter starb geisteskrank bald nach ihrer Geburt, der Vater in ihrem 14. Jahre — wurde sie in einem Hause erzogen, wo man die Homöopathie verehrte, und woher sich ihre Abneigung gegen Arzneien datirte. In ihrer Entwicklungsperiode Bleichsucht und häufige Ohnmachten. Die ersten Jahre ihrer Ehe verliefen ohne Krankheit. Ein halbes Jahr nach der Geburt des zweiten Kindes abdominale Beschwerden. Senkung des Uterus Nach der Geburt des dritten Kindes zuerst von Zeit zu Zeit „rheumatische" Kopfschmerzen, „die von einem Gesichtsschmerz ausgingen", an dem Pat. viel gelitten. Sie hatte das stete Bedürfniss warmer Umhüllung des Kopfes und trug daher häufig wattirte Kopfbedeckung. Dabei Missstimmungen gegen den Mann, die aber immer leicht nach aufrichtigem Aussprechen wieder verschwanden und einer Wehmuth wichen. Später auffallende Sucht, die Thürschlösser, Stuhllehnen, die Bücher der Kinder, kurz Gegenstände, die von den Hausgenossen berührt worden waren, mit nassen Tüchern abzureiben. Die Waschungen nahmen immer mehr zu, sie wusch auch ihre Hände immer fort, so dass täglich bis zu 20 Kannen Wasser herbeigebracht werden mussten. Der Mann schritt durch ein Verbot dieser Waschungen ein, und 8 Tage nachher wurde die Frau von einem heftigen Nervenfieber befallen, welches, wie sie klagte, durch jenes Verbot herbeigeführt sei. Nach dem Fieber rieth man ihr, anstatt des Kopfes die Füsse warm zu halten, was ihr sehr wohl that, und konnte sie seitdem nichts Warmes auf dem Kopfe vertragen, so dass sie das Haar ganz zurückstrich. Später reiste sie in ein Seebad. Danach erkrankte

der Mann, und die Frau übernahm die Pflege, „was ihre Nerven sehr in Aufregung zu bringen schien.“ Das Händewaschen nahm wieder zu, und ihre Gemüthsstimmung veränderte sich; bei Opferwilligkeit wurde sie doch rücksichtslos. Pat. bekam ein Grauen vor ihren Kleidern, konnte sich nicht ankleiden, ging den Tag über in ihrem Zimmer nur im Hemde umher, verlangte dabei immer fortzureisen, ohne sich zur Abreise vorzubereiten. Ein Arzt rieth, sie in eine Irrenanstalt zu bringen. Der Mann liess aber zur Gesellschaft der Patientin ein Jugendfreundin von ihr kommen, was sie in grosse Angst versetzte; „sie könne diese Freundin *so* nicht sehen“. Sie empfing dieselbe aber ruhig und besonnen, und „es schien wieder Alles gut zu werden.“ Aber es ging nach einigen Tagen wieder wie früher. Wo sie bei ihren erregten Nerven und ihrem leidenschaftlichen Charakter eine temporäre Antipathie gegen eine Persoe fasste, da war auch eine unüberwindliche Scheu vor körperlicher Berührung, und so konnte sie zuletzt Niemand und Nichts mehr im Hause anrühren. Für diese ihre Scheu hatte sie immer neue Gründe. Ausserhalb des Hauses, bei Aufenthalt in der Fremde, war Pat. immer etwas besser. Auch steigerte sich die Nerven-Aufregung zur Zeit der Menses.

Sie behauptete, in ihrem eigenen Hause zu schwere Erinnerungen zu haben; der Gedanke an irgend ein unangenehmes Ergebniss, an frühere hässliche Eindrücke affizirte sie sehr, und die Orte, wo sie diese Eindrücke gehabt, waren ihr verleidet.

Unter den Gründen der Veränderung ihres Wesens bezeichnete sie auch den Kummer über ein Schicksal, das sie sich anders gewünscht hatte; sie weinte darüber oft Nächte hindurch. Andere Male sagte sie, sie wisse nicht, worüber sie weine; es komme so über sie, dass sie die Thränen nicht zurückdrängen könne. Als einen andern Grund ihrer Aufregung bezeichnete sie den Aerger über die Domestiken.

Mit der Zunahme der Aufregung stieg ihre Unentschlüssigkeit und ihr Eigenwillen, und sie war sehr schwer zu behandeln; der Mann wurde zur Nachgiebigkeit bestimmt.

In den letzten Jahren litt sie an einem Stockschnupfen mit übelriechendem Ausflusse, den Patientin einer schlimmen allopathischen Arznei zuschrieb. Sie wurde empfindlich gegen Kälte und atmosphärische Einflüsse. Zuweilen litt sie an heftiger Kolik mit Durchfällen, besonders auf Reisen. Einige Mal kamen Ohnmachten vor.

Der Appetit der Kranken war in den letzten Jahren ein sehr starker, besonders des Abends; dazwischen kamen Tage, wo sie gar Nichts ass. Der Schlaf war gewöhnlich sehr gut; zu Zeiten hatte Pat. ein stetes Bedürfniss nach Schlaf; dann wieder war sie mehrere Nächte schlaflos, bei grosser Aufregung. Gehör und Geruch sind sehr unangenehm gestört. Eine Hebamme erklärte, es bestehe bei der Patientin wohl noch eine kleine Senkung des Uterus, die indessen kein Grund zu Nervenschwäche sein könne. Aerzliche Behandlung fand nicht statt.

Aus anderen Berichten erfuhr ich über die Pat. Folgendes: In der Kindheit skrophulös, litt sie vom 12. Jahre an Müdigkeit und öfteren Ohnmachten. Im 16. Jahre traten die Regeln ein; sie waren immer von den heftigsten Schmerzen begleitet. Häufiges Kopf- und Zahnweh; Schmerz in der rechten Schulter und in der Herzgrube, angeblich nach Arbeiten im Garten, so dass sie ohne Schmerz Nichts essen konnte. Der präkordiale Schmerz wich homöopathischer Behandlung, während

der Schulterschmerz später sich fast auf die ganze rechte Seite ausdehnte und nach der Verheirathung in rechtsseitigen Gesichtsschmerz ausartete.

Nach dem zweiten Wochenbette in Folge zu früher Arbeiten eine Senkung des Uterus, dabei vieles Weinen über einen Herzenskummer, grosse Ermüdung. Dazu kamen öftere Erkrankungen der Kinder, viel Noth im Hause mit den Dienstboten und zu viel Beschäftigung. Nach einem Todesfalle in einem Nachbarhause musste sie Alles abwischen und abwaschen, was mit diesem Hause in Verbindung stand und direkt von dort kam. Die Sucht des Reinigens ging in's Unendliche, als auch unter ihrem eigenen Dienstpersonal ein Todesfall eintrat. Darauf das Verbot des Mannes und das Nervenfieber; in diesem verlor sich der Gesichtsschmerz; die Schmerzen bei den Menses blieben aus nach dem Gebrauche von Sulphur, den sie sich selbst nach einem homöopathischen Lehrbuche verordnete.

Ferner heisst es in einem Berichte: Sie war ein wahres Muster einer verständigen, aufopfernd sorgsamen und liebevollen Gattin und Mutter. Im Hauswesen hat sie sich überarbeitet. Sie bekam plötzlich (?) eine fixe Idee, an welcher sie seit nunmehr 10 Jahren leidet. Gewisse Orte, Wohnplätze, Städte, Strassen, Länder, Personen sind ihr unrein und flössen ihr einen unüberwindlichen Abscheu ein. Nach Berührung mit dem für sie Unreinen folgt ein übermässiges Reinwaschen der Hände, der Stühle, des Fussbodens etc. In intellektueller Beziehung ist sie vollständig dispositions- und urtheilsfähig. Allein in der Gemüthssphäre ist sie wie erkaltet und todt; sie hat kaum mehr eine Sympathie, kein Vertrauen, keinen Glauben, keine Liebe. Sie kennt nur das Bedürfniss, die grösste Schonung, Liebe und Pflege zu empfangen, ist aber ihrerseits vollkommen rücksichtslos und kalt. Ich glaube sie hat, obgleich sie in gesunden Jahren als Hausfrau und Mutter Ausserordentliches leistete, niemals die Seeligkeit genossen, von der ein weibliches Gemüth so abhängig ist, — ihre Liebe, ihren Fleiss, ihre Schöpfungen und liebenden Sorgen und Mühen, *anerkannt* zu wissen, und zwar in solcher Weise anerkannt, dass sie allmälig wachsen konnte in dem richtigen Selbstbewusstsein, ein nicht ohnmächtiges, ein thatkräftiges und Gutes wirkendes Glied der befreundeten und dankbaren Gesellschaft zu sein.

Die Kranke ist, vielleicht seit ihrer Verheirathung, nie auf positiven und kategorischen Widerstand innerhalb ihrer Umgebung gestossen, und zwar in neuerer Zeit aus dem Grunde der Befürchtung, dass dadurch ein Uebergang zur Raserei, ein völliges Verlöschen des jetzt doch nur getrübten Seelenlichtes veranlasst werden könne. Es fehlt ihr jetzt vollständig die Fähigkeit sich wirklich zu beugen und unterzuordnen; als schwaches Weib ist sie natürlich bald äusserlich bezwungen, allein ohne sich innerlich zu beugen. Sie kapitulirt zwar leicht, bleibt aber in ihrem Bewusstsein dennoch der herrschende Theil — Alle und jede Schuld an ihrem Jammer sucht sie stets nur in ihrer Umgebung, in Anderen, nie in sich selbst; gegenüber der ihr feindlichen, aber mächtigen und thatkräftigen Welt kommt sie sich ausserordentlich schwach und klein vor, und ihren Intentionen stellt sie als einzige Waffe List und Selbstbeherrschung entgegen.

Diese Kranke, deren bisherige Schilderung ich verschiedenen, allerdings noch mannichfach lückenhaften Berichten von Laien entnommen,

war also seit ihrem zweiten Wochenbette, seit etwa 10 Jahren hysterisch irre und gebar als solche noch ein drittes Kind. Nie ernstlich behandelt, hielt sie sich, zwei Jahre vor der Aufnahme bei mir, kurze Zeit in der Privat-Anstalt eines mir befreundeten Kollegen auf. Da der Mann sie dort eingesperrt fand, hielt er es für besser, sie fortzunehmen, „was auch so gut auf ihr Gemüth wirkte, dass sie mehre Monate frei von den fixen Ideen etc. war.“ Dieser Remission folgte aber zu Hause neue Verschlimmerung, und zwar eine so heftige, dass der Mann, der nun zu spät die Entlassung aus jenem Asyle bedauerte, „*sie wieder fortbringen musste.* Er konsultirte zunächst Aerzte in grossen Städten, die auf ein Abdominal- (Arterien-Darm- etc.) Leiden aufmerksam machten, von denen aber der zuletzt konsultirte, ein Kliniker, auf dessen Urtheil wir alle Werth legen, gleichzeitig auf ein Asyl verwies. Statt in ein solches, brachte der Mann die Frau, bei ihrem „fanatischen Glauben an die Homöopathie“ „nach Cöthen zu dem Sanitätsrath *Lutze.*“

Nach 4 Wochen wanderte sie von dort, „wo das Klima zu rauh und nass“, und „wo in der Klinik ein zu geräuschvolles, lärmendes Leben für eine Nervenkranke sei“, — mit einer Jugendfreundin nach dem Süden. Hier lebte sie in einer bekannten Familie unter „Beobachtung“ eines „Naturarztes“, der „nach Allem einen familiären Aufenthalt als das allein Richtige für sie“ erklärte, daher bei dem Manne die Heimkehr der Frau befürwortete, gleichzeitig aber einem benachbarten Irrenarzte schrieb: „Ich habe eine Frau in Behandlung, die wahrscheinlich in Ihre Anstalt kommen wird.“ „Dieses doppelte Urtheil“ war für den Mann die Veranlassung, dass Patientin endlich bei mir eintraf — um mir und dem Anstaltspersonale Schwierigkeiten zu machen, wie ich sie nie in einem anderen Falle erlebt habe. Ich muss aber in der Mittheilung meiner Beobachtung kurz sein.

Sie kam ganz verwahrlost an, schmutzig am Körper und in schmierigen Kleidungsstücken. Ihr grosses verschlossenes Koffer liess sie auf dem Corridor ausserhalb des Zimmers placiren, ohne es zu öffnen, mit dem Verbot, es auf das Zimmer zu tragen. Sie liess auch die Wärterinnen nicht auf dieses; die Mahlzeiten mussten auf dem Corridor servirt werden. Sie wusch den ganzen Tag ihre Hände. Fehlte ihr Wasser, so musste die Wärterin, wenn sie ihr neuen Vorrath brachte, jedesmal vor dem unvermeidlichen Eintritt in das Zimmer die Hände waschen; sie überzeugte sich selbst, dass es geschah. Die Thür, durch welche die Wärterin passirte, musste jedesmal nachher mit nassen und dann mit trocknen Tüchern gereinigt werden. Sie duldete nicht, dass ihr Zimmer geordnet wurde, sie wollte es selbst thun; das Nachtschränkchen klemmte sie fest zu und verbot, den Nachttopf zu entleeren. Sie entkleidete sich nicht, sie legte sich mit den Kleidern halb auf's Bett. Nachts war sie unruhig, sprach viel, sang auch und störte ihre Nachbarinnen. Morgens frühstückte sie sehr spät, um 10, 11 Uhr, liess das Frühstück auch wohl unberührt bis Mittag und dinirte dann zugleich, wobei sie sehr nachlässig und unreinlich war. Ueber Tag beschäftigte sie sich nur mit Lesen; stundenlang sass sie gebückt, bei dem Buche, auf dem Corridor, ohne sich Viel um Anderes zu kümmern. Dann und wann setzte sie sich an's Klavier. Mich empfing sie auch nur auf dem Corridor; bei meiner Ankunft auf ihrem Zimmer verliess sie dieses. Sie sprach die Hoffnung aus, dass ich nach kurzer Beobachtung sie für gesund erklären und heimschicken werde; ihr fehle Nichts, als nur die

Familie; in dieser werde sie glücklich sein. — Dem Naturarzte, der darin mit ihr übereinstimmte, schenkte sie das grösste Vertrauen, während sie auf die Aerzte schimpfte, welche sie für geisteskrank erklärt hatten. — Ich sah ihrem Treiben, um sie genauer kennen zu lernen, einige Tage passiv zu, und sie war ganz ruhig, so lange sie keinen Zwang erfuhr. Aber ihr verwahrloster, bis zum Ekel schmutziger Zustand, der Geruch, den sie verbreitete, und der aus ihrem Zimmer kam, die totale Unregelmässigkeit des Lebens duldeten die Passivität der launigen und befehlenden Pat. gegenüber nicht länger. Ich ordnete zunächst ein Bad an, den Wechsel der Kleider, also Oeffnung des Koffers, Reinigung des Zimmers. Aber die Wärterinnen erfuhren bei dem Versuche, diese Anordnung auszuführen, nicht nur energischen, sondern grimmigen Widerstand; sie wurden von der furiosen, jede Annäherung und Berührung scheuenden Kranken förmlich in die Flucht geschlagen. Die Verstärkung der weiblichen Assistenz durch zwei Mägde war gleichfalls fruchtlos. In dem Kampfe mit der Pat. rief man mich zu Hilfe. Ich wurde sofort mit lauten, klagenden und schimpfenden Beschwerden über die Brutalität der Wärterinnen empfangen, während ich mich von deren Zersaust- und Zerkratztsein bei Integrität des Körpers der siegreichen Kranken überzeugte, die nichts Eiligeres zu thun hatte, als zum Waschtisch zu eilen, um ihre Hände und alle von jenen berührten Gegenstände zu reinigen. Nach fruchtlosen, ruhigen und geduldigen Belehrungen, Bitten und wiederholten Aufforderungen, sich in das für sie Nothwendige zu fügen, legte ich selbst Hand an und hielt die Hände der Patientin, die nun entkleidet wurde. Beschimpft, bespieen, gebissen und gestossen, fast ermüdet erreichte ich endlich das Ziel. Bis auf das Hemd entkleidet, aber nicht eher, erklärte die noch decente Irre, allein in das (schon fertige) Bad gehen zu wollen. Sie wurde von viele Wochen, vielleicht Monate altem Schmutze gereinigt; an ihren ödematösen Füssen fand die Wärterin noch trockenes Menstrualblut; ihr Hemde zeigte die verschiedensten Kolorite von Blut und Urin. Während des Bades wurde das Zimmer geordnet. Der Teppich war mit Urin getränkt, in den Ecken Urin-Lachen, im Nachtschränkchen ein voller Topf stinkenden Harnes. Das Zimmer wurde ausser Gebrauch gesetzt.

In den Taschen des schmutzigen und ferner unbrauchbaren Kleides der Patientin fand sich, ausser ihrer Taschenuhr, ausser sieben, Ekel erregenden Nasentüchern, Haarnadeln, Briefen etc. auch der Schlüssel zum Koffer, dessen Inhalt der sonstigen Vernachlässigung der Kranken, um es kurz zu sagen, dem bunten Inhalte der Kleidertaschen ganz entsprach. Unter einer Masse von mit einander und mit Lumpen etc. verlötheten Schnupftüchern etc. fand sich ein einziges brauchbares Kleid und so viel reine Leibwäsche, als grade zum augenblicklich nöthigen Wechsel hinreichte. Wo war der frühere Inhalt des Koffers dieser Dame aus reicher und angesehener Familie geblieben? Er war vor ihrer Berührungsscheu verschwunden. Sie hatte sich aller Gegenstände entledigt, die in verschiedenen „unreinen“ Orten mit fremden Personen und Gegenständen in Berührung gekommen waren, und an denen die Erinnerung an letztere haftete. Während der Beobachtung unter dem Naturarzte war für sie auch nicht gesorgt; um so besser war sie auf ihn gestimmt.

Das Oedem der Füsse erforderte das Bettliegen der Kranken für mehre Tage, während welcher eine Wärterin neben ihr wachte. So wurde wenigstens zunächst ein äusserlich besserer Zustand herbeigeführt,

und unter einer möglichst strikten Lebensordnung bei kräftiger Diät, hoben sich auch die Ernährung und das Aussehen der heruntergekommenen Kranken, aber ohne psychische Besserung. Sie fügte sich zwar, sie war freundlicher gegen mich und meine Familie, sie fing an sich zu beschäftigen, zu musiciren, längere Promenaden zu machen etc., aber sie beherrschte sich, sie war nicht aus Ueberzeugung folgsam und freundlich, sie grollte mir und den Wärterinnen für den erlittenen Zwang, durch den ihre hysterische Eitelkeit und Eigenliebe, ihr Eigenwille auf's Aeusserste verletzt waren, was sie niemals vergass.

Der Mittheilung obiger Details an die Familie folgten noch folgende Bemerkungen. „Ich habe eine derartige Katastrophe vorausgesehen, ich sesbst machte in . . . . einen solchen Sturm durch; doch gelang es mir, nach vergeblichen Versuchen, durch liebevollstes Zureden und durch Härte und Heftigkeit auf sie einzuwirken, unerwartet schnell, den Sturm zu beschwören, als ich, mit gelassenstem Gleichmuth mir eine Cigarre anzündend und etwas sarkatisch lächelnd, ihr im trockensten Tone sagte „Nun, jetzt wären wir denn doch am Rande unserer gesunden Vernunft!" Sofort ging sie über zu dem monologisirenden Klagen und Schluchzen, welches die Zeiten ihrer Ruhe charakterisirt, und noch frappanter war es mir, dass sie viele Stunden später freiwillig von ihrem Wuthausbruch sprach und mir sagte: „Du könntest noch so heftig sein gegen mich, es würde mir nichts thun, aber solche Kälte von einem Manne, das ist schrecklich, das thut weh, das ist nicht männlich!"

Ihr Mann schrieb: „Die Unreinlichkeit der Patientin resp. das Beschmutzen ihrer Kleider und Strümpfe mit Urin ist früher nie (?) vorgekommen, hängt aber wohl mit den Wahnideen zusammen. Im letzten Winter trat das sehr deutlich zu Tage, indem sie aus Angst, einen Gegenstand anzurühren, der von Andern angefasst war, ihre Nothdurft anhielt, bis sie nicht mehr konnte und sich und die Dielen verunreinigte; auch mit dem Stuhlgang ebenso, bis er mit Blut abging. Sie war damals nicht zu bewegen, sich auf das Geschirr zu setzen; krampfhaft und in tödtlicher Angst hielt sie an, mit geballten Fäusten, bis es ihr abgegangen. — Wäsche hatte ich ihr wohl angeschafft, als ich sie bei . . . (dem Naturarzte) verliess, doch kann ich mir wohl denken, wie sie die schmutzigen Sachen an allen Orten zurückgelassen hat."

Pat. litt an Beeinträchtigungswahn mit Hallucinationen; sie sah Gefahren um sich, wo sie mit Fremden in Berührung kam; die Gefahren klebten selbst an Kleidern, Stühlen, Thürpfosten; ja ich sah sie einmal hastig das Portemonnaie abwaschen, welches ihr auf den Fussboden entfallen war. Mit ihrer Angst und Scheu, mit ihrer schweigsam melancholischen Verstimmung wechselte häufig Heiterkeit bis zur Ausgelassenheit, und fröhlich sang dann und musicirte die Kranke, welche wir in diesem Zustande einige Male auch in Gesellschaften führten, wo sie nicht als Kranke erkannt wurde. Oft war der Umschlag der Stimmung ein plötzlicher, rascher. Neben dem Wahn vielfache hysterische Sensationen und manche schon angedeutete psychische Attribute des Hysterismus.

Von medicinischer Behandlung konnte keine Rede sein. Die sich für gesund haltende Pat. verlangte nicht mal nach homöopathischen Mitteln. Aber sie hätte, trotz der Verjährung ihres Leidens, bei entsprechend langer Fortsetzung einer regelmässigen Lebensweise, bei allmäliger Angewöhnung von Arbeit, die sie aus ihren gesunden Tagen

kannte, bei Unterstützung durch familiale Einflüsse — vielleicht noch *besser* werden können.

Die Verneinung der Frage, „ob sie heilbar sei" veranlasste ihre Rückkehr nach Hause, wohin sie Nichts von Allem mitnahm, was sie bei uns mit und an sich führte. In der nächsten Stadt liess sie sich neue Garderobe anfertigen. Der Mann musste ihr nachgeben, wie immer.

(Schluss folgt.)

Die Lokalversammlung der südwestdeutschen Psychiater in Stuttgart am 18. und 19. October.

Das Thema des ersten Tags war die Folie raisonnante und die Moral Insanity. Referent: Dr. *Schüle* von Illenau. Er suchte in einer historischen Einleitung, von *Pinel* beginnend, die Entwicklung der nosologischen Anschauungen darüber darzulegen, wobei einerseits ein Fortschritt (*Pinel*, *Prichard*, *Jessen*, *Marcé*, *Morel*, *Falret*) als unverkennbar sich herausstellte, andrerseits aber auch ein solches Schwanken in den Ansichten und Begriffsbestimmungen, dass eine Revision und neue Fixirung der klinischen Fakta, ein Anpassen an unsere jetzigen wissenschaftlichen Anschaungen dringend geboten erschien. Die letztere Aufgabe bildete den Vorwurf des *zweiten* Theils des Vortrags. In diesem wurde zuerst die *theoretische* Seite der Frage: über das Verhältniss des Intellekts zu den Störungen der Gemüths- und Willenssphäre besprochen und, im Anschluss an den historischen Entwicklungsgang, für die blos *relative Verstandes-Integrität* entschieden. Eine eingehende psychologische Analyse des feineren psychischen Mechanismus in der Folie raisonnante und Moral Insanity suchte hiefür den konkreten Nachweis beizubringen, namentlich aber auch *den Zusammenhang zwischen sittlicher Depravation und intellektuellem Schwachsinn resp.. den psychologischen Vorgang bei der klinischen Maskirung des letztern durch den erstern* nachzuweisen. Der *praktische* Theil hatte die *klinische* Seite der beiden Themabegriffe zur Aufgabe genommen. Nach kritischer Sichtung des bezüglichen Materials wird gezeigt, dass die Stipulirung einer *Folie raisonnante* als Krankheits-Entität nicht zulässig, dass vielmehr darin eine *gewisse psychische Qualität allen Psychosenformen*, *speciell den psychischen Schwächezuständen,* zukommend zu erkennen sei. Die kritische Analyse des *Prichard*'schen

Moral Insanitybegriffs führt zu demselben Resultat und zeigt darin auch nur eine *gewisse Modifikation psychischer Krankheitssymptome* als wesentlich auf, also auch nur eine *besondere psychische Qualität*, bestehend in der krankhaften Anomalie der der Menschennatur immanenten und spezifisch ethischen Gefühle und Strebungen. Zu ihrem Zustandekommen ist gleichfalls ein *psychischer Schwächezustand* (angeboren oder erworben) nöthig Ein Versuch der *anatomischen Begründung* der besprochenen Modificirung psychischer Krankheitsgrundformen weist im Einverständniss mit den Autoren schwere Hirnprocesse, namentlich die Meningitis diffusa (auch Schädelverbildungen, Crania progenaea *L. Meyer*), als somatische Bedingungen nach; aber auch *periphere Affectionen* werden, am Beispiel der Einwirkung der Sexual-Affectionen auf die Qualificirung der verschiedensten Psychosenformen mit den Charakteren der Moral Insanity, als genetische Momente wahrscheinlich gemacht. Der hohen Bedeutung der *Heredität* gerade für die Genese der beiden Thema-Zustände wird besonders und eingehend gedacht. In der besprochenen Charakterisirung werden die beiden Bezeichnungen sowohl als kurze Ausdrücke für gewisse Symptomen-Qualificirungen, als auch zu diagnostischen, prognostischen und vielleicht auch noch therapeutischen Wegweisern zur Beibehaltung empfohlen. —

Das Thema des zweiten Tages bildeten die Thesen *v. Zeller's über die verminderte Zurechnungsfähigkeit.*

1. Nur die anthropologische d. h. den Menschen in seiner ganzen geistigen und leiblichen Natur einheitlich erfassende Anschauung gibt dem Arzt auch den rechten forensischen Standpunkt.
2. Die Frage des Richters an den Arzt über die Zurechnungsfähigkeit eines Angeschuldigten ist gleichbedeutend mit der Frage über die geistige Gesundheit desselben, muss also von diesem beantwortet werden.
3. Es gibt keine absolute geistige Gesundheit oder vollkommene Freiheit der Selbstbestimmung, sondern nur eine beziehungsweise, die der einzelnen Persönlichkeit.
4. Eine Bemessung der Zurechnungsfähigkeit nach Bruchtheilen ist nicht zulässig, wohl aber gibt es eine manchfache Erschwerung des vernünftigen Denkens und Handelns. Diess der einzige richtige Sinn der sogenannten verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Alles dahin gehörige fällt unter die Kategorie der mildernden Umstände.

5. Der Frage über Verminderung der Zurechnungsfähigkeit liegt häufig lediglich die Schwierigkeit der Beurtheilung überhaupt zu Grunde, welche den Arzt verpflichtet und berechtigt seine Zweifel im einzelnen Fall bis zum einfachen *„non liquet“* auszusprechen.
6. Partieller Wahnsinn berechtigt nicht zur Annahme partieller Zurechnungsfähigkeit.
7. Wahnsinn und Verbrechen schliessen sich aus, auch wenn ein verbrecherisches Leben zum Wahnsinn geführt hat.

An der lebhaften Diskussion betheiligten sich auch Juristen.

Die nächste Versammlung im Frühjahre wird in Baden-Baden stattfinden. *S.*

Ueber den Umgang mit Geisteskranken.

Von Dr. Sinogowitz.

(Fortsetzung.)

Kommen Sie, Herr B., jetzt müssen wir Holz sägen, sagte der Wärter, und beide gingen mitsammen Holz zu sägen. — Herr B. meinte, so berichtete nachher der Wärter, er hätte niemals geglaubt, dass sich höhere Behörden um seinen Aufenthalt hier bekümmerten; er sähe nun wohl ein, dass hier jeder seine Schuldigkeit thun müsste, dass man, obzwar ein Jeder hier incognito zu leben glaubt, dennoch genau beobachtet werde. Es erscheinen ihm nun die Leute hier eigentlich nicht mehr so bösartig, da sie im Grunde alle nur gehorsame Menschen wären. Späterhin gab dieser Kranke keinen Anlass mehr zu Beschwerden.

Fasst der Arzt von vorne herein einen Geisteskranken unrichtig auf, so wird er schwerlich sein Vertrauen gewinnen, nicht leicht Einfluss auf ihn erlangen und dessen Heilung wahrscheinlich nicht bewirken. Der Kranke spinnt sich vor seinen Augen in den Knäuel seines Irrwahns so tief ein, dass es dann keinem Einfluss mehr gelingt, die allgemein ge-

wordene Verwirrung der Ideen zu lösen. Solche Unglückliche finden wir in jeder Anstalt, die meisten derselben betreten sie wohl schon in diesem Zustande, denn leider versucht sich erst vorher die Unerfahrenheit und die blinde Theilnahme oft genug an der Herstellung des geisteskranken Verwandten, ehe er erfahrener, wohlgeübter Leitung und einer angemessenen Heilanstalt übergeben wird.

Nicht selten wird auch dadurch gefehlt, dass man begonnene Heilungen Geisteskranker durch deren übereilte Rücknahme aus der Heilanstalt unterbricht, und alsdann die Rückfälligen in einem schon trostlosen Zustande, leider gewöhnlich für Lebenszeit, der Anstalt wieder übergeben muss. Wie oft hat sich diese niederschlagende Erfahrung schon wiederholt, und wie oft werden noch ferner die Mahnungen der Irrenärzte unbeachtet bleiben; aber die Gemüther der Angehörigen sind schwach, leicht geben sie den Bitten ihrer unglücklichen Verwandten im Irrenhause nach und verkümmern so die Erfolge guter Heilanstalten. Dieses ist die fast allgemeine Klage der Irrenärzte. Schmerzlich ist es dem Künstler, ein halb vollendetes Werk aus der Hand zu geben, so dem Arzt, dem ein Kranker, eben wenn die ersten Anzeichen seines besser werdenden Zustandes sich andeuten, entzogen wird.

(Forts. folgt.)

Literatur.

Alexander Ecker: Die Hirnwindungen des Menschen nach eigenen Untersuchungen, insbesondere über die Entwicklung derselben beim Fötus, und mit Rücksicht auf das Bedürfniss der Aerzte dargestellt. Braunschweig 1869. pp. 56. 8⁰.

Es unterliegt keinem Zweifel und ist längst anerkannt, dass die Grundlage für die anatomischen Fortschritte in der Erforschung des *Gehirns als Seelenorgan* vor Allem an eine richtige *Topographie der Windungen* geknüpft sind. Physiologisch wie pathologisch liegt darin der einzige Weg für eine rationelle Phrenologie, sowie für fruchtbringende anatomische Epikrisen.

Dieses hochwichtige Problem, wiederholt durch treffliche Arbeiten — wir nennen hier nur *Gratiolet, Huschke, Reichert, Bischoff* — in Angriff

genommen, hat in der oben erwähnten Schrift eine neue Bearbeitung und die bis jetzt wohl befriedigendste Lösung erhalten. *Ecker*'s Darstellung beruht ganz und gar auf *dem Studium der fötalen Entwicklungsgeschichte des Hirns*, „denn vollständig wird jedes Ding, sagt der Verf. *nur aus sich selbst und ein Gewordenes aus seinem Werden verstanden.*“ Durch diese Methode, die Frucht langjähriger Forschungen, ist dieselbe denn auch zur Darlegung eines *natürlichen* Systems, weil *auf die Kenntniss des embryonalen Baustyls gegründet*, befähigt. Zum erstenmale erfahren die hier sonst so schwierigen Windungsverhältnisse am *Hinterhauptslappen* eine ungezwungene Differenzirung, ebenso der *Scheitellappen;* der *Zusammenhang beider mit den Schläfewindungen* sind überaus lichtvoll dargelegt. Windungsarme Gehirne, besonders pathologische, zeigen, wie Ref. erst kürzlich wieder erfuhr, die Wahrheit und natürliche Begründung der *Ecker*'schen Darstellung am schönsten, aber auch für die komplicirtern Verhältnisse sehr windungsreicher Gehirne sind die Ableitungen aus dem Schema und damit das Verständniss derselben leicht zu finden. —

In's Einzelne einzugehen, kann hier nicht Aufgabe sein. Es soll nicht die wissenschaftliche Bedeutung hier erörtert, sondern vor Allem der *praktische Werth* der obengenannten Schrift betont, und damit die letztere den Kollegen, auch den Nicht-Fachmännern, *auf's Angelegentlichste empfohlen* werden. Ganz besondere praktische Vorzüge des Werkes sind: die klare, bündige Darstellung, sodann die anschaulichen zahlreichen Zeichnungen mit Detailbehandlung der schwierigern Parthien, und endlich die jeder Benennung beigesetzten oft so mannigfaltigen Synonyma, wodurch nicht blos gegenseitige Vereinbarung und Verständniss angebahnt, sondern für die praktischen Zwecke namentlich das mühsame Nachschlagen in den verschiedenen Autoren erspart wird. Die Ausstattung lässt Nichts zu wünschen übrig. *Schüle.*

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Scholl'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

Nr. 11. XI. Jahrgang. 1869.

Der Irrenfreund.



Eine psychiatrische Monats-Schrift.

Redaction:

Sanitätsrath **Dr. Fr. Koster**, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg in Westfalen. **Dr. Brosius**, Direktor der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.

Inhalt. Das melancholische Element im Irresein (Schluss) Fall von Folie circulaire. Ueber den Umgang mit Geisteskranken (Schluss). Manie nach Dilatation des Colum uteri. Akuter Alkoholismus, Hyperästhesie, Convulsionen, Tod. Zur Casuistik. Fälle von Psychosen nach Ileo-Typhus. — Literarische Anzeigen.

Das melancholische Element im Irresein.

(Schluss.)

Man sieht also, wie weit der Hysterismus entarten, und welches Ungemach er über die Familien, welche Schwierigkeiten er den Asylen bereiten kann, wenn er sich mit dem Wahnsinn kombinirt. Gleichwohl habe ich schon mehrmals erfahren, dass, wo die Asyle den Tag segnen, an dem solche Irre abreisen, grade die Männer solcher Frauen das Geständniss ablegen, sie hätten sich so sehr an ihre Hausqual gewöhnt, dass sie ohne diese das Haus einsam und sich verlassen fänden.

Unter den übrigen Neurosen, in denen psychische Anomalien auftreten können, erwähnen wir nur noch kurz der *Chorea*, die, selten frei von leichter Störung der geistigen Thätigkeit, welche man noch als Verstimmung und Charakter-Veränderung bezeichnet, in manchen Fällen mit ausgedehnterem, bedeutendem, auch ganz akuten Irresein verbunden ist. Neben den motorischen, sensorischen und neuralgischen Erscheinungen gehen dem Ausbruche des Veitstanzes ganz gewöhnlich auch psychische Veränderungen als Boten voraus, ein launiges, reizbares, eigenwilliges, oder auch ängstliches, schreckhaftes Wesen, oder eine auffallende Traurigkeit, Gleichgültigkeit und Apathie, wie man sie auch bei ausgebildeter Melancholie findet. In den höheren Graden der Chorea ist der Charakter der psychischen Störung entweder ein *manisch-exaltirter*:

gehobene Stimmung mit Steigerung der geistigen Leistungen, des Erinnerns und der Phantasie, daher grosser Lebhaftigkeit, Gewandtheit der Rede etc., oder ein *melancholischer*: deprimirte Stimmung, Interesselosigkeit, Trübsinn, Angst, Scheu, Vereinsamung, schreckhaftes Wesen etc., oder endlich akuter *Blödsinn:* Apathie, Gleichgültigkeit, die sich auch in dem stupiden Gesichtsausdrucke ausspricht, Trägheit, Abnahme und Unsicherheit des Gedächtnisses, Unfähigkeit richtig zu percipiren und zu urtheilen. Der Blödsinn kann chronisch und unheilbar werden.

Gegenüber der Exaltation in Folge der gehobenen Stimmung, dem Pathos und kühnen, Staunen und Aufsehen erregenden Auftreten einiger Kranken, deren Treiben hie und da zu Wundergeschichten Veranlassung gab — beobachtet man eine Agitation bei anderen, die in einem melancholisch-hallucinatorischen Zustande wurzelt. Aengstliche, drohende, erschreckende Phantasmen, hässliche Wahnideen von Gefahren, Tod etc. trieben die Kranken zu schlimmen Handlungen, selbst zu Versuchen des Selbstmordes.

Beispiele.

X. 17 J. alt. Chorea seit 7 Monaten. Patientin erzählt, dass sie in den ersten Monaten von Todesfällen und Begräbnissen träumte. Kurz vor dem Einschlafen glaubte sie sich in einen Wald versetzt, der von Hunden und Wölfen umlagert war. Gedächtnissschwäche, verdriessliches, weinerliches Wesen. Rasche Heilung.

M. 17 J. alt. Heftige, allgemeine Chorea, nach einem Schrecken während der Menses. Vollständige Schlaflosigkeit. Patientin hütet das Bett. Halb komatöser Zustand; hysterisches Schluchzen, plötzliches Aufwachen, Schreien; sie sieht die Teufel, den Mann, der sie erschreckt hat. Voller Puls, wilder Blick.

C. 22 J. alt. Rasch zu grosser Heftigkeit sich steigernde Chorea nach einem Schrecken im Januar. Hallucinationen Morgens und Abends: die Kranke sieht Todtenköpfe, Teufel, Leute, die sie erdrosseln wollen, Schreien. Allgemeine choreaartige Bewegungen. Fortdauer der Visionen; Furcht vor Verdammung, Vergiftung; Nahrungsverweigerung. Behandlung mit Bädern und Abführmitteln. Bald Beruhigung. Am 20. März erzählt sie, sie habe in ihrem Delirium geglaubt, dass ihre Tante Raben und Fledermäuse in ihr Bett setze, dass ihr Oheim ihr ein ätzendes Getränk einschenke etc. Anfangs April wird sie entlassen, nicht ganz frei von dem Glauben an böse Absichten ihres Oheims und ihrer Tante.

Marcé, Journ. de Méd. mentale, 1869 Nro 6.

Br. 17 J. alt. Nachts Erkältung, Stocken der Regeln. Nach und nach irreguläre Bewegungen in den Beinen, alsdann der Arme, hauptsächlich der linken Seite. Agitation. Br. zerreisst ihre Unterröcke. Abends steigen Phantome vor ihr auf; man spricht zu ihr durch die

Mauer, auf den Treppen, von der Strasse her. Ihre Antworten sind ziemlich richtig. Todes und Selbstmordgedanken. Ohne eine Gesellschafterin hätte sie sich durch das Fenster gestürzt. Valeriana, Eisenpräparate, Tonica. Besserung nach 5—6 Wochen. Eintritt der Regeln. Vollständige Heilung.

Thore, ibidem,

Ganz ähnlich diesem in den vorstehenden Fällen beobachteten Delirium ist der hallucinatorische Traumzustand *im Nachlassstadium fieberhafter und entzündlicher Krankheiten*, in der beginnenden Rekonvalescenz nach Typhus, Intermittens, Exanthemen, Pneumonie, Angina etc., ein akutes, transitorisches, manchmal jedoch sich protrahirendes und dauernd bleibendes Irresein, vorwiegend und meistens mit melancholischen Phantasmen und Imaginationen, die moralische und materielle Verluste, Beeinträchtigungen und Gefahren, Anklagen, Gefängniss, Verfolgung durch die Polizei, durch hässliche Thiere, etc. betreffen, kurz hässlichen Inhaltes sind.

Ein melancholisches Delirium begleitet sehr häufig den *Alkoholismus*, dessen psychische Grundlage, wie in der progressiven Paralyse, die so manche Aehnlichkeit mit dem Irresein der Trinker hat, die geistige Schwäche ist, Stumpfheit, Unklarheit und Verworrenheit des Denkens. Hier erhebt sich oft ein heftiges Delirium, finstere, melancholische Ideen und Phantasmen, mit hochgradiger Agitation und gefährlichen Tendenzen. Die sog. *Mania e potu* ist auch in den meisten Fällen nicht eine genuine Tobsucht, sondern nur ein melancholischer Zustand mit äusserer Unruhe und Bewegungsdrang; daher der Schein der Tobsucht, während die der wirklichen Manie eigene Beweglichkeit und Abundanz, der fortwährende Wechsel des Denkens fehlt, da eben das Bewusstsein durch melancholisch-finstere Ideen kaptivirt ist. Schrecken und Furcht beherrschen den Kranken; er sieht seine Existenz, seine Familie, seine Ehre, sein Leben bedroht, von Gefahren umgeben; Gesichts- und Gehörsphantasmen der hässlichsten Art halten ihn in Aufregung; er sieht Feinde, Verfolger, Polizeibeamte, Spione, Mörder, Blutgerüste; er hört das Jammern und Klagen der Seinigen, Misshandlungen, Todesurtheil. Die Eindrücke der Aussenwelt verwandeln sich in seinem Gehirn zu den widrigsten und hässlichsten Perceptionen. Er lärmt, schreit, rennt, zerstört aus Furcht, in der Verwirrung der Angst, die ihn zum Mord und Selbstmord treiben kann. Das ist die scheinbar manische Erregung dieser Deliranten.

Es ist eine alte Annahme, dass die Hallucinationen der Trinker spezifischer Natur seien, dass in ihrem Delirium vorzugsweise kleine Thiere, Ratten, Mäuse, Schlangen u. s. w. erscheinen. Das ist oft der Fall, aber nicht immer, und *dieselben* Phantasmen finden sich auch im Delirium anderer Kranken, bei der gewöhnlichen Melancholie, bei Epileptikern u. s. w. Es kommt nicht selten vor, dass der geisteskranke Trinker die Ideen und Phantasmen, welche ihn ängstigen und erschrecken, nicht offenbart. Man sieht nur seine Aufregung, der gegenüber man, eingedenk ihres sehr wahrscheinlichen Ursprungs aus einem finstern Delirium, alsdann den richtigen Weg der Behandlung einschlagen und die nöthigen Vorsichtsmassregeln treffen wird.

Auch der nicht mit lauter Agitation delirirende, der nicht erregte, sondern ruhige, träge, schweigsame Trinker, der noch frei in der menschlichen Gesellschaft lebt, den man eben nur für einen Sünder, und nicht für einen Kranken hält — ist häufig nichts anders, als ein stupider interesseloser Melancholiker. Mangel an geistiger Reaction, Beweglichkeit und Ausdauer, Abschwächung früher noch lebhafter, Leistungen und Energie bedingender Vorstellungen, Gemüthlosigkeit, Apathie, Gleichgültigkeit — diese geistige Schwäche ist nüancirt durch Missmuth über die eigene Unfähigkeit und den geistigen Verfall, durch die Unbehaglichkeit, welche die Verschlechterung der Konstitution begleitet, auch oft durch grosse Reizbarkeit, durch Argwohn und Misstrauen etc. Die Form ist Schwachsinn mit Trübsinn, also dieselbe Kombination, welche man auch in der Imbezillität ohne Trunksucht findet. Diese sich langsam heranbildende, weniger Aufsehen erregende Psychose ist sehr oft hereditär und familiär; sie fand sich bei den Voreltern und findet sich bei noch lebenden Angehörigen des Individuums, hier mehr, dort weniger ausgeprägt, auch wohl mit Schädeldifformitäten, mit Epilepsie verbunden, aber dennoch häufig verkannt.

Beispiel von Alkoholismus (Falret).

M. erkennt, auf der Strasse, sein Haus nicht mehr, so sehr ist es für ihn verändert; die Thüren, die Fenster, die Möbel, Alles ist in seiner Wohnung anders geworden. Seine Frau, sich kleidend wie eine Fürstin, trägt einen Luxus zur Schau, der ihn ärgert. In der Nacht hört er ihren Angstschrei; er steht auf, bewaffnet sich mit einer Doppelflinte und eilt, um sie zu vertheidigen. Nun entfliehen die Missethäter, welche an den Mauern heraufgestiegen, in aller Eile. Eine Stunde später grosser Tumult draussen. M. steht wieder auf und greift zu seinem Gewehre, entschlossen sein Leben auf's Aeusserste zu vertheidigen. Er

öffnet den Fensterladen, aber der Haufen zerstreut sich bei seinem Anblicke und beschimpft ihn, dass er seinen Vater getödtet. In der Menge unterscheidet er das berüchtigste Subjekt des Landes; er legt sein Gewehr darauf an und wird nur abgehalten durch die Scheu vor einem Morde und die Furcht vor der Todesstrafe. M. hatte sich der Verheirathung einer Verwandten widersetzt. Die Hochzeit findet statt; in seinem, mit Guirlanden geschmückten, Zimmer wird das Brautbett aufgeschlagen, bedeckt mit scharlachfarbenen, von Gold und Silber durchzogenen Geweben. Die eingeladenen Gäste tragen Kleider von weisser Seide. Ihre Manieren, Blicke sind so indecent, dass er seiner Frau und seiner Mutter ihre Theilnahme an einer so jämmerlichen Gesellschaft vorwirft. — In der Anstalt (Vanves) läuft M. schwankend umher; er fährt mit den Fingern über die Bäume, die Wände, das Billard und sucht nach Papieren. Sein Haus, so wähnt er, liegt in der Nähe des Asyles; in der Umgegend legt ein Regiment, das aus Algier kommt, eine Strasse an; man deckt die Häuser ab, welche für das öffentliche Wohl expropriirt sind; das seinige ist schon abgedeckt; er will, aufgeregt, sein Mobiliar in Sicherheit bringen. Arbeiter, welche dem Regiment vorausgehen, nivelliren das Terrain. Auf den Bäumen an dem Wege sitzen eine Masse kleine Neger; in einem 30 Fuss langen Wagen, der von vier Pferden gezogen wird, befinden sich 150 Männer und Frauen in arabischem Kostüm. M. glaubt, dass sein Bett mit Nadeln angefüllt sei; er hält einen Bedienten für seinen Schwager.

Dieses Beispiel illustrirt recht deutlich die grosse Rolle der subjektiven Sinnesempfindungen im Irresein der Trinker. Es ist wiederholt von den Autoren auf die Hyperästhesie und Anästhesie der sensoriellen und sensiblen Nerven im Alkoholismus hingewiesen, und es besteht also eine fruchtbare Quelle von Phantasmen, deren Inhalt sich je nach den realen Erlebnissen, Erinnerungen und den äussern Verhältnissen des Individuums verschieden gestaltet.

Auch andere Intoxikationen, namentlich die *Bleivergiftung*, charakterisiren sich öfters, ausser durch neuralgische Symptome und epileptiforme Anfälle, durch ein ruhiges oder wildes Delirium mit erschreckenden, widrigen Phantasmen, wie sie im Alkoholismus auftreten, durch Vorstellungen von Gefahren, Angriffen auf das Leben, Vergiftung etc., und es soll den Encephalopathien aus Intoxikation eigen sein, dass die Agitation, die Angst und Unruhe, in welche die Kranken durch ihre finsteren Imaginationen versetzt werden, vorzugsweise Abends und Nachts losbricht.

In einem Falle aus meiner Erfahrung (Verfolgungs- und Vergiftungswahn nach Missbrauch geistiger Getränke, mit paroxystischem Auftreten grosser Angst) konnte ich dieses in auffallender Weise bestätigen. Viele Tage lang war Pat. ruhig, besonnen, freundlich; er legte sich Abends wohlgemuth zu Bette, und Nichts liess die Ereignisse ahnen, die dann seiner plötzlichen Angst in der Nacht folgten, Aufspringen, Umherren-

nen, Klopfen, Rufen, Schreien, Schimpfen, Zerstören, Demoliren — aus Angst und Furcht, unter dem Einflusse vielfacher falscher Perceptionen und des Glaubens an nahe Gefahren für seine Gesundheit und sein Leben, der dann seine bisher heitere und freundliche liebenswürdige Stimmung für einige Tage in Grollen, Morosität und Misstrauen verwandelte, so dass man sich scheute, sich ihm zu nähern.

Anstatt unsere Abhandlung weiter auszudehnen und zu detailliren, beschränken wir uns auf die Bemerkung, dass, welches auch die Form, die Komplikation, das Stadium, die Ursache des Irreseins sei, wir überall einem melancholischen Elemente in seiner Gestaltung begegnen werden. Es tritt auf in vielen Fällen von Irresein bei *Kindern* und in der *Pubertät*, hier gewöhnlich in unangenehmen, ängstlichen, schreckhaften *Hallucinationen*, welche die manchmal hochgradige Aufregung und die schlimmen Tendenzen der jugendlichen Kranken erklären; es fehlt ebenso wenig im Irresein der *Greise*, in der sog. Dementia senilis, wo Schwermuth und Trübsinn manchmal mit Heiterkeit wechseln und in dieser Verbindung der grösseren Verblödung vorausgehen, die auch wieder durch melancholische Zustände nüancirt wird. Die Melancholie, so häufig in den klimakterischen Jahren der Frau, zieht sich auch mit in die Verrücktheit und den Schwachsinn hinein, welchem die ungeheilten dekrepiden Frauen anheimfallen. Die stationäre psychische Schwäche überhaupt, der terminale Blödsinn nach allen ungeheilten akuten Gehirnkrankheiten nimmt zu Zeiten wieder eine melancholische Färbung an; selbst die harmlosesten und ruhigsten Blödsinnigen gerathen dann zeitweise in eine mürrische, bittere, feindliche, aggressive, aufgeregte Stimmung, die Vorsicht im Verkehr mit ihnen und eine sorgsame Kontrole erfordert.

Bei genauerer Nachforschung entdeckt man oft selbst da die Melancholie, wo das Aeussere des Falles sie nicht verräth und für ganz andere Stimmungen und für andere Motive des Handelns und Verhaltens des Individuums zu sprechen scheint. Es gibt so manche zweifelhafte Fälle, unklare Zustände, in denen wir uns nicht sogleich zurecht finden, Fälle, die bei anscheinender Integrität des Verstandes das Individuum als einen boshaften, intriguanten, verhassten Menschen, als Querulanten, Verbrecher und verstockten Bösewicht erscheinen lassen — denen indessen ein geheimer, in der Physiognomie, in den Bewegungen, in der Rede sich nicht offenbarender melancholischer Zustand zu Grunde liegt.

Es ist der latente *Beinträchtigungswahn*, der inveterirte Glauben

an feindliche Gesinnungen und Intentionen der Mitmenschen, an Zurücksetzung, Kränkung, Beschädigung, Spionage, Verfolgung — gewöhnlich komplicirt mit ebenfalls masquirter Ueberschätzung der eignen Person, mit Eitelkeit und Hochmuth — es ist *diese* melancholische Form, die so häufig verschiedenen Verbrechen zu Grunde liegt, aber den Angeschuldigten als wirklichen Verbrecher erscheinen lässt, weil dabei das geistige Leben nach vielen Richtungen hin, das Urtheil über Gut und Böse, über die Folgen der Handlung, über verschiedene Verhältnisse, namentlich auch das Gedächtniss noch lange intakt bleibt, und eine formelle Störung des Denkens, welche das Irresein so leicht verräth, Confusion und Verwirrung nicht zu konstatiren sind.

An *diese* Form hat daher der Gerichtsarzt immer zu denken, natürlich ohne sie zu präsumiren, in Fällen, wo sein Urtheil gefordert wird. Wie immer, so ist namentlich hier, die genaueste Anamnese erforderlich, und da zeigt es sich nicht selten, dass der Angeklagte *schon seit einer Reihe von Jahren geisteskrank war*; aber man hielt ihn nicht dafür, man dachte nicht *daran*, man beurtheilte ihn ganz anders. Die häufige Latenz des Irreseins ist ein unbestrittenes Faktum. Es ist die Kunst des sachverständigen Arztes, das Geheime an's Licht zu ziehen und nachzuweisen. Daher die durch die Gerechtigkeit gebotene Forderung, zweifelhafte Fälle von Irresein der Beobachtung der Irrenärzte zu übergeben. Der hier und da sich geltend machenden Behauptung, dass auch *sie* sich irren, dass sie überall Irresein wittern, dass sie sich unter einander widersprechen — kann und darf man doch mindestens entgegen halten, dass *sie* sich in Fragen der forensischen Psychiatrie am seltensten irren werden, und dass Irrthümer und Widersprüche unter ihnen nicht so oft und so arg der Humanität und Gerechtigkeit in's Gesicht schlagen, wie die ohne genügende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Spezialfache abgegeben Gutachten.

Dr. *Brosius*.

Fall von Folie circulaire.

Mittheilung von Dr. Köhler in Hubertusburg.

Wittwe X. 66 J. alt. Der Vater ertränkte sich in einem Anfalle von Melancholie. X. verheirathete sich mit 22 Jahren, lebte in glücklicher Ehe; 5 Wochenbette. Ohne nachweisbare Ursache, ausser Zusammenhang mit dem Puerperium, verfiel X. im 39. Jahre in manische Erregtheit, die sich zeitweilig bis zu heftiger Tobsucht steigerte. Geheilt, wurde sie rückfällig in ihrem letzten Wochenbette. Von da an wechselten, selbst ein Jahr lang dauernde Exacerbationen, mit kürzeren Remissionen, depressiven Charakters; in diesen melancholischen Zwischenstadien führte sie doch die Wirthschaft, pflegte auch ihren kranken Ehemann; psychisch intakt war sie nie. Mit den Jahren wurde der Wechsel der beiden entgegengesetzten Zustände immer greller. Nach 20jähriger Dauer ihrer Krankheit wurde sie in die Versorgungsanstalt gebracht. Sie war eine kräftige untersetzte Person, mit kurzem Halse; Lungenemphysem bei guter Ernährung.

Alle 4—6 Wochen traten ohne jede äussere Veranlassung die manischen Anfälle ein und stiegen binnen wenigen Stunden bis zur Höhe furibunder Raserei und massloser Zerstörungswuth; die Kranke sang, lachte, tanzte, wälzte sich auf den Dielen umher, schrie, schimpfte in den gemeinsten Ausdrücken, spuckte um sich, stiess mit den Füssen, liess den Urin von sich gehen, verunreinigte sich auch Nachts, stiess die lascivsten Reden aus und verbrachte viele Tage und Nächte schlaflos. Dabei verschlang sie die Speisen mit widerwärtiger Gier; die Stimme wurde durch das anhaltende Toben heiser, die Ernährung ging auffallend herunter; die stark hervorquellenden Augen waren injicirt. Sie schlug sich mit dem Kopf gegen die Wand und konnte durch Beschränkungsmittel kaum von den eigenen Gewaltthätigkeiten geschützt werden.

Fast ebenso rasch kehrte sich das Bild um. Pat wurde still, in sich gekehrt, schlief deu ganzen Tag; die zuvor gespannten, irritirten Züge wurden schlaff, die Gesichtshaut hing faltig herab, die Augen suchten cheu und ängstlich umher; Pat. schlich leise, schwerfällig und mühsam einher, sass mit gefalteten Händen stumpfsinnig auf einer Stelle, liess sich zu Allem, selbst zum Essen nöthigen, war ängstlich, furchtsam, rang oft in ihrer Beängstigung die Hände, strich dem Arzt, der Auf-

seherin und den Wärterinnen die Backen, holte oft tief Athem und war von penibelster Reinlichkeit.

Alberne Fragen und Fratzenschneiden waren in der Regel der Anfang jener ersten Phase; das melancholische Stadium hielt gewöhnlich halb so lange an, als das maniakalische. Allmälig wurde die Verworrenheit in letzterem ebenso gesteigert, als in ersterem der Ausdruck blödsinnigen Stupors.

Mitten in der heftigsten Tobsucht trat plötzlich hochgradige Dyspnö ein, allgemeiner Livor, Kühle der Haut, Verfall der Kräfte; starkes Bronchialrasseln, Durchfall, Anasarka. Tod nach 2 Tagen unter den Erscheinungen des Lungen-Oedems.

Section 14 Stunden p. m. Schädel dick, dicht, stark hyperämisch. Venen der *Meningen* und *Dura* von dickem Blut stark strotzend. *Gehirnoberfläche* geschrumpft. Sulci des Scheitels vertieft; Schnittfläche des *Gehirns* zeigt viele Blutpunkte, Blutreichthum aber gering im Verhältniss zur Oberfläche; starke Durchfeuchtung, Oedem des Plex choroid. Beide *Lungen* emphysematös; rechte Pulmonar-Pleura schwartig, im rechten untern Lappen abgegränzte Infiltration; links Oedem. *Herz* gross, dickwandig; an der Spitze oberflächliche Exsudate; Klappen verknöchert. Rechte *Niere* sehr blutreich. Ebenso die Leber; Gallensteine von Kirschkerngrösse.

Ueber den Umgang mit Geisteskranken.

Von Dr. Sinogowitz.

(Fortsetzung und Schluss.)

Die Entscheidung, ob ein Genesender entlassen werden dürfte, sollte unbedingt dem Urtheil des Arztes überlassen werden, der den Kranken so lange ärztlich behandelt und physisch und psychisch genau kennen gelernt hat. Hätte man diese Vorschrift immer beachtet und, selbst bei Zuziehung anderer Aerzte zu einer solchen Beurtheilung, dem behandelnden Arzte der Anstalt die entscheidende Bestimmung, in streitigen Fällen unter Angabe seiner thatsächlichen Gründe, überlassen, so wären manche Fehlgriffe, auch wohl Unglücksfälle nicht vorgekommen, und Rückfälle der Krankheit, bei übereilter Herausnahme der Kranken

aus der Anstalt, nicht so unverhältnissmässig eingetreten. Ein unbedingtes Vertrauen des betreffenden Publikums in die Aussprüche eines Arztes findet sich selten, mehr nur unter gebildeten, im richtigen Urtheil mehr geübten Leuten; die Masse wird durch die Persönlichkeit des Arztes entweder für oder wider ihn bestimmt, und folgt zuletzt gewöhnlich lieber dem eigenen, überschätzten Gutdünken, und dem gemüthlichen Zuge verwandtschaftlicher Theilnahme. Des Arztes Wissen ist namentlich im Gebiete der Seelenzustände nur menschlich beschränkter Art, aber auf viele Studien, auf eine bewährte Menschenkenntniss und auf Erfahrungen, die in diesem Felde nur durch eigene Beobachtungen gewonnen sind, gegründet; Umstände, die seinem Urtheil Achtung und Vertrauen schaffen müssten. Der Arzt einer Anstalt, die auf öffentliche Kosten unterhalten wird, hat einen freien Standpunkt, sein Erwerb ist von der Zahl seiner Kranken unabhängig, er darf von dem Kranken und seinen Angehörigen nach landesgesetzlicher, weiser Bestimmung keine Belohnung annehmen. Dieser einzig freie Standpunkt eines Irrenarztes erhebt ihn über jeden kleinlichen Verdacht; der gute Ruf der Anstalt, ihre Leistungen sind mit seiner Ehre verknüpft, sein höchster Lohn ist das Bewusstsein erfüllter Pflicht, jede gelungene Heilung wird ein Denkstein seiner Berufstreue. Seine entschiedene Neigung für sein Fach schützt ihn gegen Unmuth und Ueberdruss in einem schwierigen, gefahrvollen und oft vergeblichen Wirken, dessen Erfolge niemals jene glänzende Anerkennung finden, da sie im stillen Kreise einer dadurch beglückten Familie sich spurlos verlieren, und jedes Glied derselben gern mit einem Schleier bedeckt, was die Vergangenheit Uebles brachte. Wer ein Bein brach und glücklich geheilt wurde, rühmt laut und aller Orten den Künstler, der dies vollbrachte; für den verlornen Verstand ihres Verwandten sucht die Familie still und an fernen Orten Hilfe, findet sie, dankt im stillen Kämmerlein und hüllt die vorübergegangene trübe Zeit in den Schatten der Vergessenheit, aus welcher ab und zu nur der Name der guten Anstalt für Unglückliche der Art hervorleuchtet

Was des Menschen Geist bewegt, rückt, kann ihn auch verrücken. Treten wir mit unserer gewohnten Systematik in der Aetiologie der Geisteskrankheiten in die breitgetretenen Spuren, so führt uns diese sonst bequeme Fahrbahn nirgend hin. Wer begreift des Menschen Geist, kaum folgt seiner Spur ein anderer Geist, ihm ähnlich, oder gross und

reich gleich ihm; wer aber folgt dem irren Geist in sein Labyrinth, da ihm der irrende selbst den Leitfaden zu geben ausser Stande ist? Wer kann in diesen dunkeln Abgrund hinunter und heraufholen den Becher, aus dem der Kranke den Lethetrank seines Daseins genoss, um seinen Inhalt zu beschauen und zu untersuchen? Eigentlich leitet uns in unserm Umgange mit Irren nur ein gebildetes menschliches Gefühl, aber unterstützt von unserer Menschenkenntniss, und in unserer Behandlung Geisteskranker jenes und das Resultat unserer physiologischen und pathologischen Kenntnisse, mit deren Erweiterung wir uns täglich beschäftigen müssen, wenn wir unserm Ziele uns nähern wollen. Es ist wahrlich ein schwieriges Geschäft, die geheimen Wunden zu erforschen, die Verletzungen des moralischen Organismus aufzufinden, an denen sich die Persönlichkeit eines Menschen verblutet. — Diese geheim gehaltenen Wunden wirken störend und oft unerforschlich fort, entkräften den Geist bis zu derjenigen Vernichtung, die der Stumpfsinn, die Willenlosigkeit darstellt, ohne dass allezeit die Leidensquelle aufgefunden werden kann.

Die Aeusserungen der Geisteskrankheit ihrer Form und Zeit nach, ohne alle Ermittlung ihrer Beziehungen zu den Nervensystemen, erscheinen wandelbar und verwirrend. Der sonst Stille kann heute rasen, der Rasende morgen stille sein, also abwechselnd; aber beständig bleibt es, dass seine Aeusserungen sich in Beziehung stellen entweder zu einer Sinnesvorstellung, oder zu einer Empfindung im Gemeingefühl. Ist diese Beziehung erst erkannt, dann erforsche man die Richtung der krankhaft erzeugten Triebe; man ermittle das sicher bekannt gewordene Thatsächliche über den Beginn des Geistesleidens und über dessen etwaige Veranlassungen. Solche Fragen sind: Wodurch wurde das Gleichgewicht der geistigen Lebenserscheinungen gestört, und unter welchen Umständen der sich steigernden und ermässigenden Receptivität? Denn was heute den Wahnsinn erregen konnte, wäre gestern vielleicht an dem geistigen Leben des Individuums spurlos vorübergegangen. Eine Gemüthserschütterung nach einer Reihe anderer, oft unbemerkter Gemüthsbewegungen genügt, eine offenbare Störung im Seelenleben plötzlich hervorzurufen. Ein Umstand erscheint also als wirksame Endursache, während dabei die lange vorgebildete Disposition, unbeachtet, nicht in Betracht kommt. Diese scheinbare Endursache gibt in Betreff der Aetiologie des jedesmaligen Wahnsinns zu vielen Fehlgriffen Anlass. Ueber die Ursache der Entstehung des Wahnsinns angelegte Listen sind darum

fast werthlos Diese scheinbare Endursache gilt in diesem Sinne nur wie das letzte Korn zur Herstellung eines Haufens. Bei Anlage solcher Uebersichten schien der Satz zu leiten: Post hoc ergo propter hoc. — Wie oft hört man, dass der aus Geiz oder Liebe (so angenommen) Irre geneset und eigentlich niemals geizig oder hoffnungslos verliebt gewesen ist. Wie viele Ermahnungen sind dann dem Kranken vergeblich gemacht, die ihm schon während derselben, da sie ausser aller Beziehung zu seinem Wahnsinn standen, zwecklos, ja lächerlich erscheinen mussten, unterdess der Kranke von seinem Arzte für verstockt in seiner Idee gehalten wurde. Da gibt es dann Irresein beinahe auf beiden Seiten. Weil z. B. der sexuale Wahnsinn zufällig nach Anhörung einer Predigt ausgebrochen war, darum glaubte man an religiösen Wahnsinn und predigte dem Verliebten Religionsgrundsätze, die zu seinem Triebe in keinem Zusammenhange stehen, den Kranken vielleicht noch tiefer verwirren, wenn sexuale Wahnvorstellungen mit missverstandenen Religionsbegriffen eine verkehrte Beziehung eingehen. Man kann hieraus entnehmen, was davon zu halten sei, wenn man in dergleichen numerischen Uebersichten liest: so viel Wahnsinn aus gekränkter Liebe, so viel aus Verarmung, während sich der Kranke noch in seiner Krankheit seines Reichthums, den er nicht verlor, erfreut. — Diese Täuschungen kommen in Irrenhäusern vor und haben üble Folgen für die ärztliche Behandlung überhaupt, wie für die psychische Leitung des Erkrankten. Dieser ist alsdann leicht geneigt, seinen Arzt für befangen, schlecht unterrichtet zu halten, wenn er sich so wenig gekannt sieht und heimlich fortzehrt an seiner Lieblingsidee, die er um so sorgfältiger verbirgt, je weniger Vertrauen er dem behandelnden Arzte zuwendet. Alle Versuche eines solchen Arztes, seinen Kranken für eine Unterhaltung zu gewinnen, bricht dieser gewöhnlich mit den Worten ab: »Herr Arzt, Sie verstehen mich nicht.“ Glaubt dann der Arzt etwa sich mit Gewaltmitteln Einfluss zu verschaffen, so erlangt er wohl äusserlichen Gehorsam, scheinbare Furcht, aber desto mehr Verachtung und endlich stehend werdenden Hass. —

Die Fehlgriffe des Irrenarztes vergehen nicht so bald im Gedränge der Erscheinungen des Lebens und Sterbens, aber obgleich der Blödsinn des verkannten Kranken ihn vor der Umgebung oft undurchdringlich verschleiert, so mahnen dennoch diese willenlos verwitternden Ruinen, die langsam schwindend in das Meer der Vergessenheit versinken, den Arzt, wenn ihn später gewonnene Kenntnisse und reichere Erfahrung

auf einen höheren Standpunkt stellten. Die Blödsinnigen um ihn her erscheinen ihm dann wohl als stumm beredte Merkzeichen einer dunklern Epoche seines Lebens. Doch wer im Dunkel bleibt, niemals zur ärztlichen Würde durch des Zweifels Kämpfe sich erhebt, wankt als Routinier über die unbekannten Gefahren sorglos hin; für ihn haben diese Wahrzeichen keine Bedeutung, er verharrt in vornehmer Zuversicht und bleibt der Beschränkte unter den Blödsinnigen bis an seiner Kreisbahn Ende. Den Bessern tröste es: dass der Wahnsinn oft genug in sich den Uebergang zum Blödsinn unabänderlich involvirt, unzugänglich aller Macht menschlichen Wollens und Vermögens; wie es ja auch Krankheiten gibt, die tödtlich sind.

Manie nach Dilatation des Collum uteri.

Eine *hysterische* Frau, 29 J. alt, litt an alter Dysmenorrhö. Lange verheirathet war sie kinderlos; eine organische Veränderung nicht zu entdecken. Nach fruchtloser Anwendung verschiedener Mittel, um die Konstitution zu verbessern, erweiterte Dr. *Lee* das Collum uteri durch ein Bougie. Es folgte nur mässiger Schmerz, aber Steigerung der Nervosität, Störung des Schlafes, schreckhafte Träume: „ein dichter Schatten lagerte sich über die Seele", wie die Kranke sich ausdrückte. Ein anderer Chirurg machte die Incision des Coll. uteri. Gleich darauf brach heftige Manie aus. Dasselbe kam vor bei einer Schottin, wo man sich eines Hysterotoms bediente.

Nervöse Zufälle sind nicht selten bei mechanischer Erweiterung des Gebärmutterhalses; aber gewöhnlich leichter Art verschwinden sie rasch. Hier muss man die schlimmeren Folgen der schon bestehenden Hysterie zuschreiben. (Journ. de Méd. mentale, 1867. Nro 11.)

Leider fehlt die Detaillirung der näheren *Umstände* des Falles und die Angabe der *Dauer* der konsekutiven Psychose. (Red.)

Akuter Alkoholismus, Hyperästhesie, Convulsionen, Tod.

B. 26 J. alt, Kellner, wird am 25. März in die Charité aufgenommen. Jeden Tag betrunken hatte er schon vor 14 Tagen einen Anfall

von Delirium gehabt. An jenem Tage traten allgemeine Convulsionen auf, die an der Hand und am Vorderarm begannen. Sie hörten nur einen Augenblick auf, um dann desto stärker zu werden. Am Abend Haut brennend heiss, wilder Blick, Schweiss, Puls 42. Jede Berührung verursacht schmerzhafte Krämpfe. Richtige Ideen, aber beschwerliche Aussprache. Krampfhafte Muskelbewegung, ähnlich wie in der Chorea. Senfpflaster an den Füssen: Steigerung der Symptome, Unempfindlichkeit der Haut, Blässe, Pupillen-Erweiterung, Schaum vor dem Munde, unregelmässiger, kräftiger, vibrirender Puls. In den Intervallen Ruhe und halbes Bewusstsein, ein gewisses Entsetzen: der schweigsame Pat. fixirt einen Punkt und wendet sich davon ab. Ein Bad wird nicht ertragen; Opium, 10 Centigr. stündlich, bringt eine ruhige, aber schlaflose Nacht. Am folgenden Morgen klare Antworten, Ermüdung, Zittern der Hände, Puls immer beschleunigt, feuchte Haut. Sedlitzer Wasser, Op. 15 Centigr. Ziemlich guter Tag, aber gegen 8 Uhr Abends hallucinatorisches Delirium, Tod um Mitternacht.

Autopsie. Zahlreiche Arborisationen, Pseudomembranen, Angiolithen und Granulationen der Dura mater. Gehirn fest und normal. Auf der Oberfläche an einer Stelle Punktirung. Injection der Pia mater des Kleinhirns, mit stellenweiser Suffusion und Adhaerenz. Fettige Leber und Nieren.

(Journ. de Méd. mentale 1867, Nro 11.)

Zur Casuistik.

Mehrjährige Onanie durch Oxyuris vermicularis mit folgender Psychose. Kali picronitricum. Aufhören der Onanie und psychische Genesung.

Der von Dr. *von Krafft-Ebing* (in der Allg. Zeitschrift für Psychiatr. 1869, p. 556) mitgetheilte Fall betrifft ein 20jähriges Bauernmädchen. Disposition zu Seelenstörung. Der Grossvater väterlicher Seits erhängte sich in einem Anfall von Schwermuth; eine Schwester des Vaters litt mehrmals an Melancholie; auch der Vater selbst ist exaltirt, aufbrausend, sonderbar, dem Trunk ergeben.

Pat. wurde im 16. J. menstruirt und bald darauf bemerkte man,

dass sie onanirte. Sie verlor allmälig ihr frisches Aussehen und ihre Munterkeit. Nach fast 4 Jahren blieben mit Verschlechterung der Konstitution die Menses aus. Bald darauf verfiel Pat. in Melanchol. activa mit Affekten der Angst, dämonomonischen Ideen und entsprechenden Visionen. Der Anstalt im Sept. übergeben war sie stumpfsinnig, idiotenhaft, apathisch, sehr unreinlich; ohne alle Scham onanirte sie ganz ungenirt vor Andern. Geringer Fluor albus. Sonst kein lokaler Befund.

Zwangsmittel, Sitzbäder etc. fruchtlos.

Im Oktober neue melancholische Erregung mit grosser Angst und kindischen Selbstvorwürfen über begangene Verbrechen der Brandstiftung und Gottesverlästerung. Diese Störung verlor sich unter der Anwendung von Tinct. op. im Laufe von 4 Wochen.

Die fortgesetzte Untersuchung der Stühle zeigte nun deutlich grosse Massen von Oxyuris. Klystire von Kali picronitric. gr. x zwei Mal tgl., auf die Massen von Madenwürmern abgingen; fortgesetzt, bis im Stuhl sich keine mehr befanden.

Pat. hörte auf zu onaniren, wurde in eine ruhige Abtheilung versetzt, beschäftigte sich, wurde munterer, freundlicher, geordneter, decent etc. Entlassung aus der Anstalt im Februar 1868, aus der sie dankbar und voll Einsicht in ihre überstandene Krankheit schied. Sie ist gesund geblieben und jetzt glücklich verheirathet.

Fälle von Psychosen nach Ileo-Typhus

beobachtete *Flemming* in der Typhus-Epidemie, die 1867 und 1868 in Wismar (Mecklenburg-Schwerin) und Umgegend herrschte. Viermal, und zwar stets nach leichterem, mit wenig intensiven Erscheinungen verbundenem, nicht sehr protahirtem Verlaufe traten bald nach dem Beginne der Convalescenz Psychosen auf, theils in der Form heftiger Manie (bei einem 8jährigen Kinde und einer dekrepiden Frau), theils als Melancholie bei zwei Schwestern, deren eine bereits nach mehren Wochen genesen war, während die andere noch jetzt an ihren düstern Wahnideen und schweren Angstgefühlen leidet. In zwei andern Fällen, bei jungen kräftigen Burschen, entwickelten sich nach leichterem Typhus, bei anhaltender Empfindlichkeit des Epigastrium, cardialgische Erschei-

nungen, mit Unfähigkeit zu sprechen und Schwinden des Bewusstseins. In dem einen dieser Fälle schwanden die schliesslich täglichen, selbst mehrmals am Tage wiederkehrenden Anfälle nach mässigen Morphiumdosen und Vesicator. perpet. auf die Herzgrube. In den andern Fällen steigerten sich die Symptome zu bedeutenderem Grade: Verlust des Bewusstseins, Delirien, tobsüchtige Aufregung, ohne Erinnerung an das Vorgefallene, allgemeine Konvulsionen etc. Hier Injectionen von Morph. muriat. bis zu gr. $^1/_4$ auf die Herzgrube, wonach die Krampfanfälle verschwanden, Empl. vesic. in Rücken, Jodeinreibungen im Epigastrium Schliesslich Heilung.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1869. 4. u. 5. Heft.)

Herausgeber: Dr. Fr. Betz in Heilbronn a/N.

Der Irrenfreund erscheint monatlich in 1 Bogen. Das Abonnement auf denselben beträgt jährlich 1 fl. 30 kr. — Bestellungen übernehmen alle Posten und Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie die Expedition.

Druck & Expedition der Schell'schen Buchdruckerei in Heilbronn.

